

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2021

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2022

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

Les dépenses de santé en 2021

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2022

Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Franck Arnaud, Geoffrey Lefebvre, Myriam Mikou et Mickaël Portela**

Comptes

Khadija Jabri, Salimeh Monirijavid, Thomas Renaud
avec Cyril de Willencourt

Rédaction

Bénédicte Boisguerin, Solal Chardon-Boucaud, Hind El Orji, Khadija Jabri, Édouard Maugendre, Myriam Mikou, Salimeh Monirijavid, Thomas Noël, Vincent Reduron, Thomas Renaud, Lisa Troy, Cyril de Willencourt

Directeur de la publication

Fabrice Lengart

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, Salimeh Monirijavid, Thomas Renaud, Lisa Troy

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).

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 entreprises privées, 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 de la Santé et de la Prévention, 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 2021, 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 la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Enfin, le dernier chapitre est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022

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 • La CSBM depuis 1950	31
Fiche 03 • Les mesures nouvelles mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire.....	35

Les soins ambulatoires

Fiche 04 • Les soins de médecins généralistes et spécialistes	40
Fiche 05 • Les soins de sages-femmes	47
Fiche 06 • Les soins infirmiers.....	51
Fiche 07 • Les soins des auxiliaires médicaux hors infirmiers.....	56
Fiche 08 • Les soins de dentistes.....	61
Fiche 09 • Les laboratoires de biologie médicale.....	65
Fiche 10 • Les transports sanitaires.....	69

Les biens médicaux

Fiche 11 • Les médicaments en ambulatoire.....	74
Fiche 12 • La structure des ventes de médicaments d'officine	79
Fiche 13 • L'optique médicale.....	83
Fiche 14 • Les biens médicaux hors optique médicale.....	86
Fiche 15 • Le 100 % santé.....	89

Les soins hospitaliers

Fiche 16 • Les soins hospitaliers.....	98
Fiche 17 • Le secteur hospitalier	105

Le financement de la CSBM

Fiche 18 • Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux.....	114
Fiche 19 • Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale.....	118
Fiche 20 • Le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires.....	122
Fiche 21 • Le reste à charge des ménages.....	128
Fiche 22 • La complémentaire santé solidaire	133

La dépense courante de santé au sens international 137

Fiche 23 • La dépense courante de santé au sens international et son financement	138
Fiche 24 • Les dépenses de prévention	143
Fiche 25 • Dépense de gouvernance du système de santé	148

Comparaisons internationales 153

Fiche 26 • Comparaisons internationales de la dépense courante de santé en 2020 et 2021.....	154
Fiche 27 • Systèmes de santé et financement, perspectives internationales	162
Fiche 28 • Comparaisons internationales de l'effort des ménages en matière de dépenses de santé	171
Fiche 29 • Comparaisons internationales des médecins et infirmiers.....	178
Fiche 30 • Comparaisons internationales de performances et d'accès aux systèmes de soins	185
Fiche 31 • Comparaisons internationales des dépenses hospitalières.....	197
Fiche 32 • Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques	206
Fiche 33 • Comparaisons internationales des soins de longue durée.....	219

Annexes 227

Annexe 1 • Les agrégats des comptes de la santé.....	228
Annexe 2 • La méthodologie des comptes de la santé.....	233
Annexe 3 • Les révisions de l'édition 2021 des comptes de la santé	238
Annexe 4 • Le partage volume/prix dans les comptes de la santé.....	249
Annexe 5 • Liste des sigles utilisés.....	254
Annexe 6 • Glossaire	257

Tableaux détaillés 267

Les dépenses de santé depuis 2012.....	268
--	-----



Vue d'ensemble



La CSBM et son financement

La dépense courante de santé
au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2021, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'euros. Elle accélère dans un contexte de crise sanitaire (+9,8 % en 2021, après +3,7 %), portée par les soins de prévention et par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les dépenses de soins de prévention mises en œuvre pour lutter contre la crise sanitaire augmentent en 2021 du fait du renforcement de la campagne de dépistage par tests PCR ou antigéniques et du démarrage de la campagne de vaccination. La CSBM augmente fortement (+7,9 % en 2021, après +1,6 %) pour atteindre 226,7 milliards d'euros. L'ensemble des secteurs contribuent à cette hausse, en particulier les soins hospitaliers et les trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique médicale, audio-prothèses et prothèses dentaires).

Le reste à charge des ménages au financement de la CSBM augmente de 0,4 point en 2021 à 7,0 %. Si les secteurs du 100 % santé contribuent à la baisse du reste à charge, cet effet est compensé par une hausse du reste à charge dans les autres secteurs, en particulier dans les soins hospitaliers du fait de la normalisation de la consommation de soins, après une année 2020 où la prise en charge de la Sécurité sociale au financement des dépenses avait augmenté.

La dépense courante de santé au sens international accélère de nouveau en 2021

En 2021, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'euros en 2021, soit 12,3 % du PIB (*tableau 1*). La deuxième année marquée par la crise sanitaire liée au Covid-19 voit une nouvelle accélération de la DCSi, qui augmente de 9,8 % en 2021, après +3,7 % en 2020, contre 1,9 % en moyenne entre 2013 et 2019). Cet agrégat utilisé pour les comparaisons internationales est plus large que la consommation de soins et de biens médi-

caux¹ (CSBM) et plus pertinent pour analyser l'effet de la crise sanitaire sur les dépenses de santé. En plus de la CSBM, des soins de longue durée et des dépenses de gouvernance, la DCSi recouvre en effet les dépenses de soins de prévention qui retracent l'essentiel des nouvelles dépenses réalisées dans le cadre de la lutte contre l'épidémie (*encadré « Synthèse des dépenses liées à la crise »*). Les soins de prévention triplent entre 2019 et 2021, passant de 5,5 milliards d'euros à 16,9 milliards d'euros, portés par l'intensification en 2021 de la campagne de dépistage (tests antigéniques et PCR Covid-19) et par la mise en œuvre de la campagne de vaccination.

¹ Le périmètre de la CSBM évolue dans l'édition 2022 des comptes de la santé pour des raisons méthodologiques (*encadré « Les évolutions du champ*

de la CSBM »). Ces modifications et leurs effets sur les comptes sont présentés de manière détaillée en annexe 3.

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

Montants en milliards d'euros

	2018	2019	2020	2021
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	202,8	206,9	210,2	226,7
CSBM hors mesures de garantie des revenus*	202,8	206,9	207,8	226,0
Mesures de garantie des revenus*	0,0	0,0	2,4	0,7
Hors CSBM	62,1	63,4	70,1	81,1
dont soins de longue durée	41,4	42,7	46,4	48,8
dont soins de prévention	5,4	5,5	8,6	16,9
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	264,9	270,3	280,3	307,8
DCSi (en % du PIB)	11,2	11,1	12,1	12,3
Évolution (en %)	1,5	2,0	3,7	9,8

* Dispositif d'indemnisation pour perte d'activité pour les professionnels de santé en libéral (DIPA) et garantie de financement pour les cliniques privées.

Source > DREES, comptes de la santé.

La plus forte croissance de la consommation de soins et de biens médicaux depuis trente ans

En 2021, la CSBM augmente également fortement de 7,9 % en valeur, après +1,6 % en 2020. Il s'agit de la plus forte hausse des dépenses observée depuis trente ans, période durant laquelle la CSBM a crû de 3,5 % par an en moyenne. En moyenne annuelle, entre 2019 et 2021, la CSBM a augmenté de 4,7 %.

Le déclenchement de la crise sanitaire au premier semestre 2020 entraîne une importante chute des soins délivrés en ville lors du premier confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020. La CSBM progresse néanmoins de 1,6 % en 2020 du fait, notamment, des revalorisations salariales du personnel hospitalier, fortement mobilisé pour la gestion de l'épidémie, mais aussi en raison des mesures de soutien aux professionnels de santé ; dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) pour le secteur libéral et garantie de financement pour les cliniques privées. Ces subventions, comptabilisées au sein de la CSBM (encadré « Les évolutions du champ de la CSBM ») ont atténué la baisse de revenus des professionnels de santé entraînée par les mesures de restriction sanitaire.

En l'absence de ces mesures, l'augmentation de la CSBM aurait été de 0,4 % en 2020 (*graphique 1*).

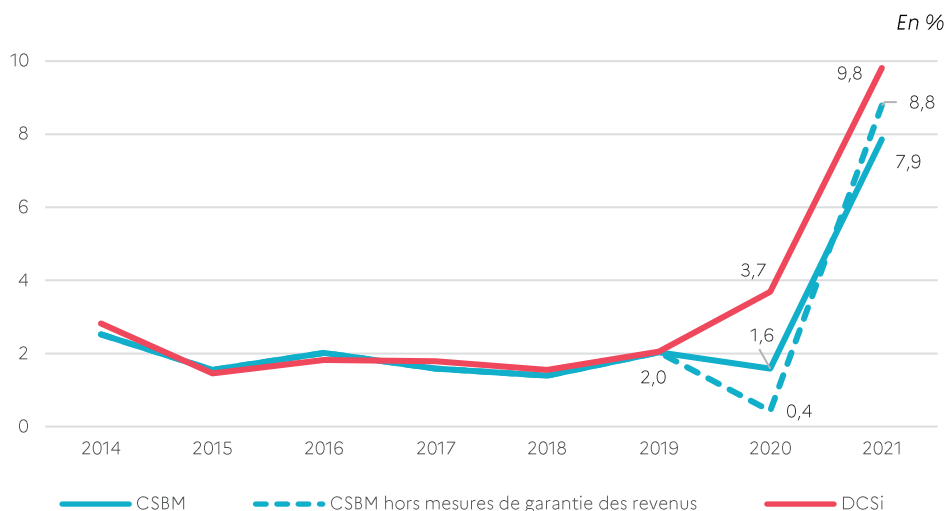
Le poids de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) progresse de 0,6 point en 2020, de 8,5 % à 9,1 % du PIB, mais cette hausse résulte directement de la chute du PIB, liée aux impacts de la crise sanitaire.

En 2021, la CSBM progresse fortement. Elle atteint 226,7 milliards d'euros en 2021 (*tableau 2*), soit une dépense moyenne de 3 350 euros par habitant. Malgré cette forte hausse, la part de la CSBM dans le PIB se stabilise à 9,1 %, car dans le même temps l'activité économique, après la chute enregistrée en 2020, a rebondi (+8,2 % en valeur).

L'ensemble des secteurs contribue à la croissance de la CSBM en 2021 (*graphique 2*). Les principaux secteurs contributeurs sont les soins hospitaliers (+3,0 points de contribution à la croissance), de par leur poids, et les trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé¹ (l'optique médicale, les audiprothèses et les prothèses dentaires), qui contribuent globalement pour 2,0 points à la croissance de la CSBM.

¹ La réforme du 100 % santé, mise en place pour l'optique médicale, les audiprothèses et les prothèses dentaires, crée un panier de biens dit « 100 % santé », où les dépenses sont entièrement prises en

charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les ménages.

Graphique 1 Évolution de la DCSi et de la CSBM en valeur


Lecture > La CSBM augmente de 7,9% en valeur après +1,6% en 2020. Hors mesures de garantie de revenus mises en œuvre (dispositif d'indemnisation pour perte d'activité pour les professionnels de santé en libéral et garantie de financement pour les cliniques privées), l'évolution de la CSBM aurait été de +0,4% en 2020 et de +8,8% en 2021.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les évolutions du champ de la CSBM

Chaque année, les comptes de la santé font l'objet de révisions. Celles-ci proviennent de la mise à jour des données sources mais aussi de changements de méthodes d'élaboration des comptes (annexe 3) afin de décrire l'économie de la santé aussi fidèlement possible.

Des travaux méthodologiques ont été menés à l'occasion de l'édition 2022 des comptes de la santé de manière à mieux articuler l'agrégat propre à la France de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) avec l'agrégat international de dépense courante de santé au sens international (DCSi). Les conventions propres à la DCSi sont fixées au sein du *System of Health Accounts* (SHA), cadre comptable élaboré conjointement par l'OCDE, Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé avec pour objectif de permettre les comparaisons internationales des dépenses de santé.

Dans cette édition, la CSBM conserve sa déclinaison spécifique par lieux d'exécution des soins mais son périmètre a évolué pour correspondre aux postes de soins courants (HC.1 et HC.2), de services auxiliaires (HC.4) et de biens médicaux (HC.5) de la DCSi, mais aussi au concept de consommation dite « ajustée » de SHA. Ce travail a nécessité différentes adaptations méthodologiques, en particulier :

- > L'inclusion des subventions versées au secteur de la santé (y compris dispositif d'indemnisation pour perte d'activité et garantie de financement) ;
- > Le reclassement des achats de masques dans les biens médicaux ;
- > Le reclassement des dépenses de tests et de vaccination hors CSBM dans les soins de prévention (poste HC.6 de la DCSi) ;
- > Le reclassement dans les soins de longue durée (poste HC.3 de la DCSi) des services de soins infirmiers à domicile et des surcoûts dépendance.



Les soins hospitaliers augmentent fortement pour la deuxième année consécutive

La consommation de soins hospitaliers publics et privés augmente de 6,2 % en 2021 après 6,0 % en 2020 et 2,0 % en 2019. Cette forte progression s'explique par la hausse des rémunérations des personnels et par les surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19.

Par rapport à la situation avant mise en place des mesures et après montée en charge, les augmentations de salaires accordées dans le cadre du Ségur de la santé accroissent les dépenses des établissements de santé de 7,7 milliards d'euros sur une année¹.

À ces mesures salariales s'ajoutent de nouvelles dépenses pour faire face à la crise sanitaire. Pour les établissements de santé, ces surcoûts liés à la crise sanitaire ont intégralement été pris en charge par l'Assurance maladie et s'élèvent à 7,6 milliards d'euros en 2020 et 5,0 milliards en 2021 (*encadré « Synthèse des dépenses liées à la crise »*).

Si la consommation de soins hospitaliers s'accroît en valeur, l'activité mesurée en volume en 2021 reste toutefois toujours inférieure à son niveau atteint avant la crise épidémique. En 2021, les volumes d'activité restent inférieurs de 4,3 % à ceux de 2019. En effet, durant les pics épidémiques de 2020 et 2021, les établissements de santé ont déprogrammé une partie des soins non urgents afin d'accueillir les patients atteints de Covid-19. Ainsi, une partie des surcoûts Covid-19 a consisté à soutenir financièrement les établissements durant les pics épidémiques où l'activité hors Covid-19 était réduite.

Pour les cliniques privées, ce soutien a aussi pris la forme d'une garantie de financement qui assure un niveau de revenu au moins équivalent à celui atteint en 2019. Ce dispositif, reconduit en 2021, s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2020 et 0,6 milliard en 2021.

¹ Commission des comptes de la Sécurité sociale (2022, juillet). Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2021, prévisions 2022.

Tableau 2 Évolution de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) entre 2014 et 2021

Montants en milliards d'euros

	2014	2019	2020	2021	Évolution 2019/ 2020 (en %)	Évolution 2020/ 2021 (en %)
Soins hospitaliers	89,1	97,1	103,0	109,4	6,0	6,2
Hôpitaux du secteur public	68,5	74,4	79,7	84,1	7,2	5,4
Hôpitaux du secteur privé	20,7	22,7	23,3	25,3	2,4	8,9
Soins ambulatoires	100,9	109,8	107,2	117,3	-2,4	9,5
- Soins de ville *	50,3	57,0	55,2	61,3	-3,3	11,2
Soins de médecins et de sages-femmes	21,4	23,9	23,4	24,9	-2,1	6,3
Soins d'auxiliaires médicaux	13,1	15,9	15,8	17,3	-1,1	10,1
Soins de dentistes	11,2	12,2	11,4	13,9	-7,0	22,5
Laboratoires de biologie médicale	4,3	4,5	4,5	4,9	-1,4	9,5
Cures thermales	0,4	0,4	0,1	0,2	-65,8	72,3
- Médicaments	32,0	30,6	29,8	31,1	-2,7	4,4
- Biens médicaux **	14,2	17,0	17,4	19,3	2,4	10,6
- Transports sanitaires	4,4	5,1	4,7	5,6	-6,3	17,7
Consommation de soins et de biens médicaux	190,0	206,9	210,2	226,7	1,6	7,9
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,8	8,5	9,1	9,1		
Évolution de la CSBM en valeur (en %)	2,5	2,0	1,6	7,9		
en prix (en %)	-0,6	0,0	6,5	-0,6		
en volume (en %)	3,1	2,0	-4,6	8,5		

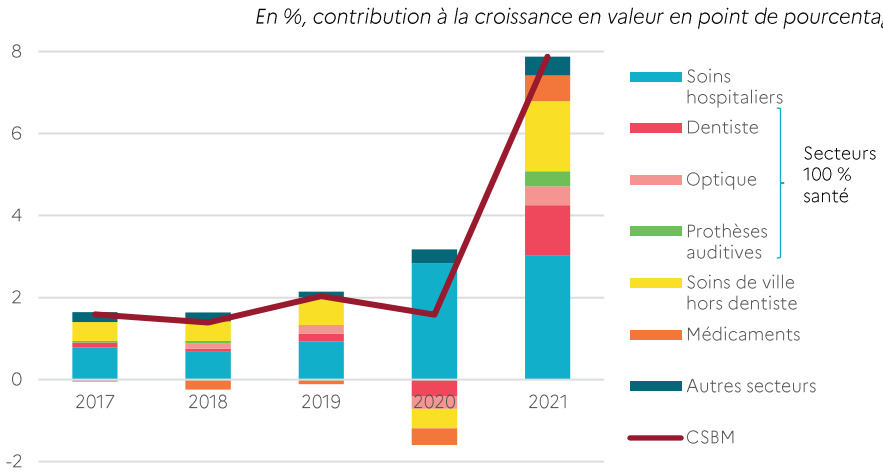
* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de médicaments et biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le périmètre des soins de ville des régimes d'assurance maladie.

** Optique, orthèses, prothèses, audioprothèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), aliments diététiques, matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.



Graphique 2 Évolution de la CSBM en valeur et contributions de ses principales composantes



Lecture > En 2021, la CSBM augmente de 7,9 % en valeur. Le secteur hospitalier contribue à hauteur de 3,0 points à la croissance de la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les postes concernés par la réforme du 100 % santé augmentent très fortement en 2021

Après un repli en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire, la consommation des trois postes concernés par la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé est particulièrement dynamique en 2021. La croissance de ces dépenses est soutenue par la montée en charge de ce dispositif mais également par un probable effet de report de consommation entre 2020 et 2021. Les soins de dentistes augmentent ainsi de 22,5 %, portés par la consommation de prothèses dentaires et plus particulièrement les prothèses du panier 100 % santé, en hausse de près de 40 % en 2021. En nombre d'équipements consommés, le panier 100 % santé devient majoritaire dès 2020 avec 54 % des équipements vendus. Également soutenue par la progression des appareils auditifs du 100 % santé, la consommation d'audioprothèses augmente dans des proportions importantes (+60,0 %).

En revanche, le redémarrage de la consommation d'optique médicale (+15,8 % en 2021) est majoritairement porté par le panier au « tarif libre ». L'offre 100 % santé en optique ne connaît pas un essor comparable à celle des prothèses dentaires et des audioprothèses. Elle ne représente en 2021 que 5 % de la dépense d'optique médicale.

Les soins des médecins spécialistes bondissent après une forte baisse en 2020

La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes bondit en 2021 après la baisse d'activité enregistrée en 2020 dans un contexte où les mesures prises pour lutter contre la pandémie de Covid-19 lors de la première vague ont fortement limité les déplacements chez les praticiens (respectivement +2,9 % et + 8,8 %, après -2,7 % et -1,8 %). Ce rebond de la consommation en 2021 est nettement plus important pour les soins de médecins spécialistes que pour les soins de médecins généralistes. Ainsi, pour les spécialistes, la consommation atteint un niveau très largement supérieur à celui de 2019, tandis que pour les généralistes, la consommation retrouve son niveau d'avant crise.

Les auxiliaires médicaux retrouvent leur niveau tendanciel

Peu touchée par les mesures de restriction sanitaire, la consommation de soins courants infirmiers est dynamique en 2020 mais ralentit en 2021. Elle s'élève à 9,3 milliards d'euros, soit une hausse 3,0 % après +8,1 % en 2020.

Hors infirmiers, la consommation des soins des auxiliaires médicaux s'élève à 8,1 milliards d'euros, en net rebond (+19,5 % après -11,1 % en 2020). L'activité retrouve pratiquement sa tendance de long terme.

La consommation de médicaments augmente pour la première fois depuis 2014

La consommation de médicaments en ambulatoire augmente de 4,4 % en 2021 après six années consécutives de baisse. Cette progression est due à la hausse des volumes de médicaments (+7,7 %), alors que les prix continuent de baisser (-3,0 %). L'augmentation en volume s'explique notamment par de fortes hausses de consommation sur plusieurs classes thérapeutiques et l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements coûteux.

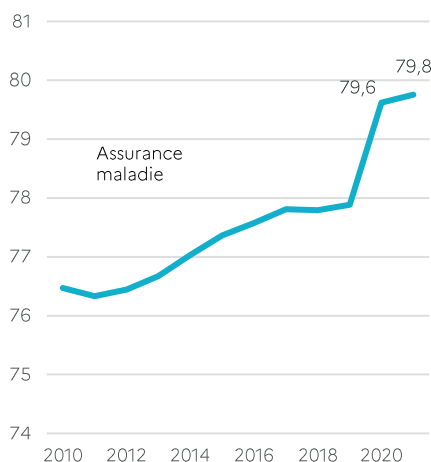
La consommation de biens médicaux hors optique et audioprothèses se stabilise

En 2020, la consommation de masques dynamise les dépenses des biens médicaux hors optique médicale et audioprothèses, qui progressent de 11,2 %. Ces dépenses ralentissent en 2021 (+0,9 %) notamment en raison de la baisse du prix des masques.

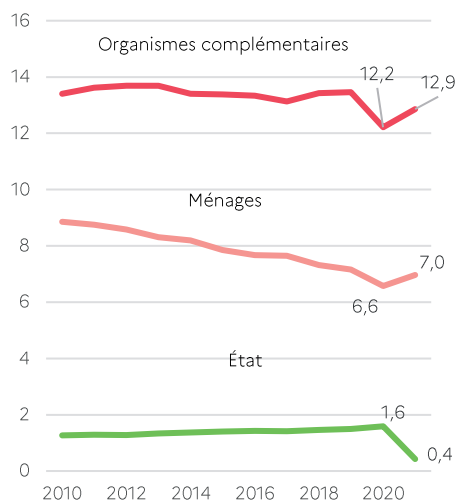
Graphique 3 Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2021

En %

a. De l'Assurance Maladie



b. Des autres financeurs



Lecture > En 2021, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,8 % par l'Assurance maladie et à 7,0 % par les ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.



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 et de financement des soins et biens médicaux en 2020. La prise en charge par l'Assurance maladie des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire (*encadré « Synthèse des dépenses liées à la crise »*) accroît sa participation au financement de la CSBM de 1,7 point entre 2019 et 2020, qui atteint ainsi près de 80 % de la dépense totale (*graphique 3*). En 2021, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est quasiment stable : la fin de mesures exceptionnelles et la reprise des consultations et des soins se traduit certes par un rééquilibrage des dépenses entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires (OC), mais ce rééquilibrage est compensé pour la Sécurité sociale par le transfert concomitant des dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers l'Assurance maladie. Le financement direct par l'État devient ainsi résiduel en 2021 (0,4 % de la CSBM, après 1,6 % en 2020 et les années précédentes).

La part des OC augmente de 0,6 point en 2021, à 12,9 % après 12,2 %, sous l'effet de la reprise d'activité et du développement du 100 % santé.

Au final, le reste à charge (RAC) des ménages augmente de 0,4 point en 2021, à 7,0 % de la CSBM (*graphique 4*). La participation directe des ménages aux dépenses de santé s'établit ainsi à 15,8 milliards d'euros en 2021. Le reste à charge moyen par habitant s'élève en 2021 à 233 euros dont notamment 79 euros de soins de ville (hors prothèses dentaires), 61 € de médicaments et 29 euros de soins hospitaliers (*graphique 5*).

Une augmentation du RAC dans tous les secteurs, à l'exception des postes du 100 % santé

L'augmentation du reste à charge (RAC) des ménages en 2021 concerne quasiment toutes les composantes de la consommation, à l'exception des trois secteurs concernées par la réforme du 100 % santé. La part du RAC baisse sensiblement pour les audioprothèses (-16,2 points); moins fortement pour les soins dentaires (-1,4 point) et l'optique médicale (-0,8 point).

À l'inverse, la part du RAC des ménages augmente dans les soins hospitaliers (+0,6 point), dans les médicaments en ambulatoire (+0,9 point), les soins des auxiliaires médicaux (+0,9 point) et de médecins (+0,5 point).

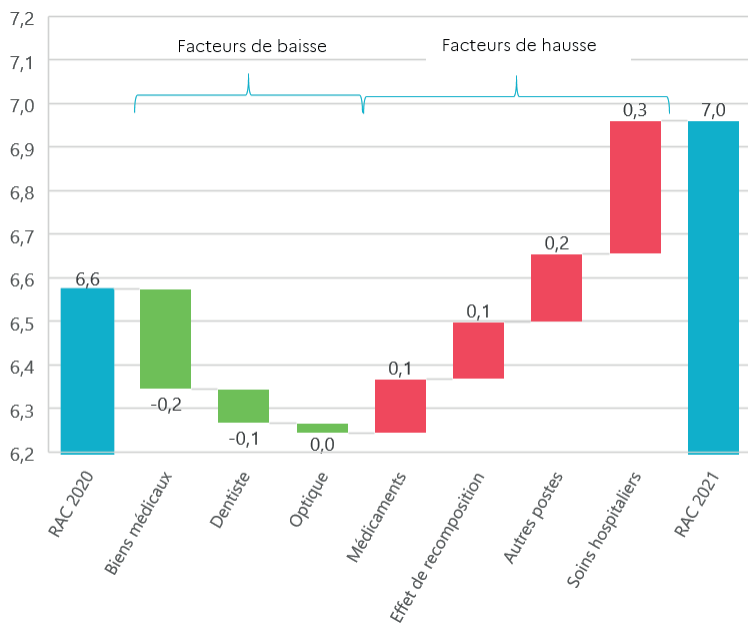
Le reste à charge reste plus élevé que la moyenne dans les secteurs ciblés par la réforme du 100 % santé

Le reste à charge des ménages est hétérogène selon les secteurs de la consommation en santé. Il est ainsi très faible sur les soins hospitaliers (1,8 % en 2021) [*graphique 5*], largement financé par l'Assurance maladie.

À l'inverse, les ménages financent directement une part importante de certains postes, notamment les audioprothèses, l'optique médicale et les prothèses dentaires, concernés par le 100 % santé. Malgré la baisse induite par la réforme, le RAC des ménages reste plus élevé que la moyenne sur les trois secteurs concernés : il représente, en 2021, 41 % de la dépense en audioprothèse, 24 % pour l'optique médicale et 12 % pour les prothèses dentaires.

Graphique 4 Décomposition de la variation du reste à charge en 2021 par poste de dépense

Reste à charge 2020 et 2021 en % de la CSBM, contributions en point de pourcentage



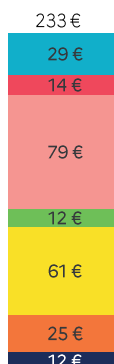
Lecture > Le reste à charge des ménages représente 6,6% de la CSBM en 2020 et 2021. La hausse du RAC des ménages dans les soins hospitaliers contribue à la hausse du RAC global à hauteur de 0,3 point de pourcentage, tandis que la baisse du RAC pour les soins de dentistes en ambulatoire contribue à sa baisse pour 0,1 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Le reste à charge des ménages en 2021

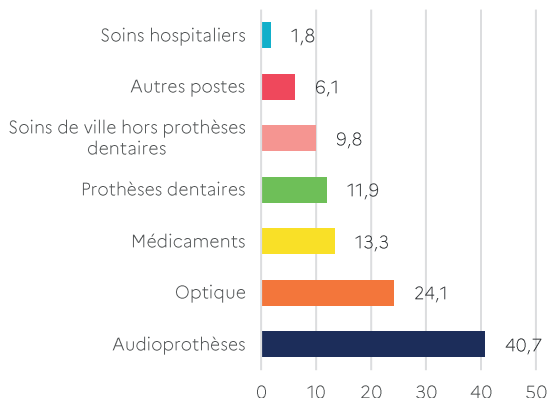
a. Structure du reste à charge moyen par habitant

En euros



b. Part de reste à charge des ménages par secteur

En %



Lecture > En 2021, le reste à charge moyen par habitant s'élève à 233euros, dont 61euros de dépenses de médicaments. Le reste à charge représente 13,3% de la dépense de médicaments en 2021.

Source > DREES, comptes de la santé.



Synthèse des dépenses liées à la crise

Les dépenses exceptionnelles mises en œuvre pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 sont évaluées à 14,8 milliards d'euros en 2020 et 17,4 milliards d'euros en 2021 (*tableau 3*). Elles augmentent en 2021 du fait de la vaccination et de l'augmentation du nombre de tests.

Pour les établissements de santé, les dépenses de crise sont constituées de financements supplémentaires effectués par l'Assurance maladie pour assurer la couverture des nouvelles charges liées à la crise (prise en charge des surcoûts des soins des patients atteints de Covid-19, paiement de primes et d'heures supplémentaires, tests PCR) mais aussi pour soutenir le financement des établissements lors des baisses d'activité liées aux déprogrammations de soins non urgents durant les pics épidémiques. Elles représentent 7,6 milliards d'euros en 2020 et 5,0 milliards en 2021.

Les établissements médico-sociaux ont reçu au titre de la dépense de crise 2,0 milliards d'euros en 2020 et 0,7 milliard d'euros en 2021. L'essentiel est constitué de prise en charge des surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19 et des compensations pour perte d'activité.

À l'inverse, les dépenses de prévention liées à la crise progressent fortement, de 3,0 milliards d'euros en 2020 à 11,1 milliards en 2021. Cette forte hausse des dépenses s'explique par l'amplification de la campagne de dépistage par tests PCR et antigéniques en ville dont les dépenses triplent entre 2020 et 2021 (de 2,1 milliards à 6,5 milliards d'euros) et au démarrage de la campagne de vaccination, pour une dépense totale de 3,8 milliards d'euros en 2021.

Les dépenses de masques en officine diminuent de 0,9 milliard en 2020 à 0,5 milliard en 2021, car leurs prix ont fortement baissé (-82 % en 2021).

Le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité, visant à compenser la chute de l'activité des professionnels libéraux, représente une dépense de 1,3 milliard d'euros en 2020. Ce dispositif n'a pas été maintenu en 2021, mais un reliquat de 0,1 milliard d'euros a été versé en 2021 aux professionnels de santé.

Enfin, le reste des dépenses de crise est constitué de crédits fléchés Covid-19 du Fonds d'intervention régional (FIR) et des dépenses de l'État pour mettre en place la plate-forme téléphonique et les outils de suivi des cas contacts (0,9 milliard d'euros en 2020 et 0,8 milliard en 2021).

Tableau 3 Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire dans la DCSi en 2020 et 2021

Montants en milliards d'euros

	2020	2021
DCSi – Dépenses de prévention	5,0	11,8
Vaccination en ville		3,8
Achat de vaccin Covid-19		2,2
Injection de vaccin Covid-20		1,6
Test PCR et antigéniques en ville	2,1	6,5
Prélèvement pour tests PCR et TAG	0,3	0,7
Tests PCR	1,6	3,4
Tests TAG	0,2	2,4
Établissements médico-sociaux	2,0	0,7
Prise en charge des surcoûts	1,2	0,7
Primes et revalorisations salariales	0,8	
Autres dépenses d'urgences	0,9	0,8
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	11,8	5,6
Masques	0,9	0,5
Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA)	1,3	0,1
Établissements de santé	7,6	5,0
Prise en charge des surcoûts Covid-19	2,9	2,9
Primes et revalorisations des heures supplémentaires	1,6	
Fourniture de masques	1,6	0,4
Tests PCR	0,4	0,7
Campagne de vaccination		0,4
Garantie de financement aux cliniques privées	1,1	0,6
Total des dépenses de crise Covid-19 dans le champ des CNS	14,8	17,4
Pour information, autres mesures liées à la crise hors champ des CNS		
Achats de masques effectués par les entreprises	1,6	0,3
Indemnités journalières et chômage partiel	3,1	0,3
Contribution Covid-19 versée à l'Assurance maladie par les organismes complémentaires	1,0	0,5

Note > L'ensemble de ces dépenses sont prises en charge par l'Assurance maladie (hormis 0,3 milliard d'euros à la charge des ménages au titre de tests PCR effectués après le 15 octobre 2021 par des personnes non-vaccinées ; 0,3 milliard à la charge des ménages pour les achats de masques et 0,2 milliard d'euros pris en charge par l'État pour les autres dépenses d'urgence).

Lecture > En 2021, dans le champ des CNS, les dépenses liées à la crise du Covid-19 sont estimées à 17,4 milliards d'euros, dont 11,8 milliards comptabilisés au sein de la DCSi.

Source > DREES, comptes de la santé, DSS, rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale.

En 2021, l'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'UE-15, juste derrière les États-Unis

Avec une DCSi représentant 17,8 % de son produit intérieur brut (PIB) en 2021, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 5*). Près de cinq points derrière les États-Unis, l'Allemagne et la France dépensent environ 12,5 % de leur PIB pour la santé, au-dessus des autres pays de l'UE-15. Il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : à l'exception de l'Irlande, tous les pays de l'UE-15 de l'échantillon consacrent plus de 9 % de leur PIB à la santé en 2021. À l'inverse, les pays membres de

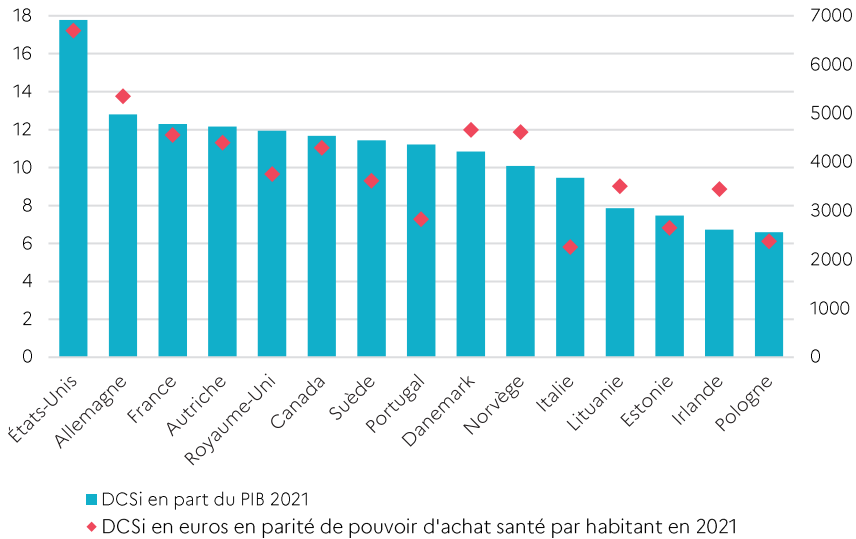
l'UE ayant adhéré à partir de 2004 (NM [*glossaire*]), y consacrent une part bien plus faible (moins de 8 % pour les pays fournissant des données en 2021).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense de santé par habitant, exprimée en parité de pouvoir d'achat dans le secteur de la santé (PPA santé [*glossaire*]). Pour cet indicateur, la France se situe au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada, du Danemark et de la Norvège (avec 4 600 euros en PPA santé par habitant en 2021). Elle atteint 6 700 euros en PPA santé par habitant aux États-Unis et 5 400 euros par habitant en Allemagne en 2021, premier pays de l'UE-15 et second pays de l'échantillon étudié.



Graphique 6 Dépenses courantes de santé au sens international en 2021

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



Note > En juillet 2022, 15 pays ont transmis des données provisoires à l'OCDE sur la DCSi 2021.

Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2020. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Lecture > Aux États-Unis, les dépenses de santé représentent 17,8 % du PIB et 6700 euros en parité de pouvoir d'achat santé par habitant en 2021. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des parités de pouvoir d'achat de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Une augmentation marquée de la DCSi en 2020 et en 2021, en raison de la crise sanitaire

Après une croissance modérée des dépenses de santé entre 2010 et 2019, principalement due à de fortes contraintes budgétaires, la DCSi, en valeur a augmenté dans la quasi-totalité des pays ayant communiqué des données pour 2021. La pandémie de Covid-19 a en effet engendré des dépenses exceptionnelles comme l'achat de masques, de tests de dépistage et l'attribution de primes aux soignants (Chardon-Boucaud, 2022). Relativement au PIB, on observe toutefois une diminution de la DCSi entre 2020 et 2021 dans la majorité des pays, qui s'explique au premier chef par un rattrapage économique, après la chute du PIB enregistrée en 2020.

En France, en 2020 comme en 2021, la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est un peu inférieure à 9 %, parmi les plus faibles RAC des pays de l'OCDE

Le reste à charge (RAC) des ménages par rapport à la dépense courante de santé au sens internationale s'élève en 2020 à 8,5 % de la DCSi au Luxembourg, soit le niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE, vient ensuite la France avec un RAC qui s'élève à 8,8 % de la DCSi ; en 2021, le RAC est sensiblement identique (8,9 %). Le RAC de la DCSi comprend le reste à charge sur les soins et biens médicaux (7,0 % de la CSBM, comme on l'a vu ci-dessus) mais aussi le RAC sur les autres composantes de la dépense, et notamment les soins de longue durée pour



lesquels la participation des ménages est élevée en France. Les soins de longue durée ont une contribution importante au RAC des ménages en France (43%), comme en Allemagne, en Suisse et au Royaume-Uni. Plus généralement, les biens médicaux ainsi que les soins courants

en cabinet de ville sont les premiers contributeurs au RAC des ménages parmi les pays de l'OCDE.

Enfin, pour la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la crise sanitaire a réduit la part de la DCSi financée par les ménages. ■

Pour en savoir plus

- > OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *France : profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France : édition OCDE.
- > OCDE (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- > **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021**, consultables sur <https://stats.oecd.org/>
- > **Statistiques d'Eurostat sur la santé 2021**, consultables sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- > **System of Health Accounts (SHA)**, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- > Chardon-Boucaud, S. (2022). *Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19*. DREES, *Études et Résultats*, 1238.



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

En 2021, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 226,7 milliards d'euros, soit 9,1 % du PIB. Elle augmente de 7,9 % après une hausse de 1,6 % en 2020, dans un contexte de crise sanitaire. Il s'agit de l'évolution la plus élevée jamais observée depuis trente ans.

En 2021, la CSBM accélère nettement, portée par les volumes de soins

En 2021, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère en 2021 (+7,9 % après +1,6 %) pour s'établir à 226,7 milliards d'euros (tableau 1). Il s'agit de la plus forte progression de la CSBM jamais observée depuis les années 1980. La hausse est portée en 2021 par une forte augmentation des volumes de soins et de biens médicaux, qui rebondissent après la chute enregistrée l'an passé (+8,5 % après -4,6 % en 2020). Le volume de soin progresse ainsi en moyenne de 1,7 % par an entre 2019 et 2021, un rythme légèrement inférieur à celui observé avant crise (+2,2 % par an entre 2011 et 2019). En 2020, les mesures de soutien aux revenus des acteurs de la santé (garantie de financement dans le secteur hospitalier ou dispositif d'indemnisation pour perte d'activité pour les libéraux en ville notamment) [fiche 3] soutiennent la CSBM en valeur, ce qui se traduit par une forte hausse du prix de la CSBM (+6,5 %). En 2021, à l'inverse, la croissance du volume de soins est très soutenue alors que les prix diminuent de 0,6 %.

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 48,3 % du total (fiche 16) ;
- la consommation de soins de ville, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinets libéraux, en dispensaires, les dépenses de laboratoires de biologie médicale et les cures thermales, pour 27,0 % du total (fiches 4 à 11) ;

- la consommation de médicaments en ambulatoire, pour 13,7 % du total (fiche 11) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire, pour 8,5 % du total (fiches 13 et 14) ;
- la consommation de transports sanitaires, pour 2,5 % du total (fiche 10).

La part des soins hospitaliers dans la CSBM diminue de 0,8 point entre 2020 et 2021. L'activité hospitalière en 2021 n'a pas retrouvé son niveau de 2019 du fait des déprogrammations de soins non urgents lors des vagues épidémiques (fiche 17). Mesurée en nombre de séjours, l'activité réalisée en hospitalisation complète diminue de 10 % pour la médecine et la chirurgie entre 2019 et 2021.

À l'inverse, la part des soins de ville augmente de 0,8 point par rapport à 2020. Les soins de dentistes, dont la part augmente de 0,7 point en 2021, est le principal contributeur à cette hausse. Ceux-ci connaissent un rebond mécanique après la perte d'activité en 2020 liée aux effets des mesures de confinement. Mais la forte augmentation des prothèses dentaires a également été soutenue par la réforme du 100 % santé dans ce secteur. On observe aussi le développement de l'activité de soins dentaires en centres de santé dentaires (fiche 8).

En 2021, la part de la CSBM dans le PIB se stabilise et demeure à 9,1 %. De même, la part de la CSBM dans la consommation effective des ménages augmente légèrement, de 0,1 point, par rapport à l'année précédente, et atteint 13,2 % en 2021. Ces parts se situent à un niveau bien plus élevé qu'avant la crise sanitaire de 2020. Entre 2019 et 2021, la part de la CSBM augmente de 0,6 point en part du PIB.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros

	2011	2019	2020	2021	Évolution 20/21 (en %)	Contribution 2021 (en point)
Soins hospitaliers	82 606	97 142	103 018	109 395	6,2	3,0
Secteur public	63 144	74 405	79 746	84 057	5,4	2,1
Secteur privé	19 462	22 737	23 272	25 338	8,9	1,0
Soins ambulatoires	95 431	109 760	107 161	117 331	9,5	4,8
– Soins de ville*	46 648	57 016	55 158	61 312	11,2	2,9
Soins de médecins et de sages-femmes	20 435	23 934	23 435	24 915	6,3	0,7
Soins d'auxiliaires médicaux	10 746	15 928	15 753	17 344	10,1	0,8
Soins de dentistes	10 817	12 240	11 379	13 940	22,5	1,2
Laboratoires de biologie médicale	4 323	4 516	4 455	4 878	9,5	0,2
Cures thermales	326	398	136	235	72,3	0,0
– Médicaments	32 380	30 646	29 817	31 138	4,4	0,6
– Biens médicaux**	12 556	17 040	17 446	19 272	10,6	0,9
– Transports sanitaires	3 845	5 059	4 741	5 580	17,7	0,4
Ensemble	178 037	206 903	210 179	226 696	7,9	7,9
CSBM (en % du PIB)	8,7	8,5	9,1	9,1		
CSBM (en % de la consommation effective des ménages)	12,3	12,4	13,1	13,2		
Évolution (en %)	2,7	2,0	1,6	7,9		
Prix (en %)	-0,1	0,0	6,5	-0,6		
Volume (en %)	2,8	2,0	-4,6	8,5		

* 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.

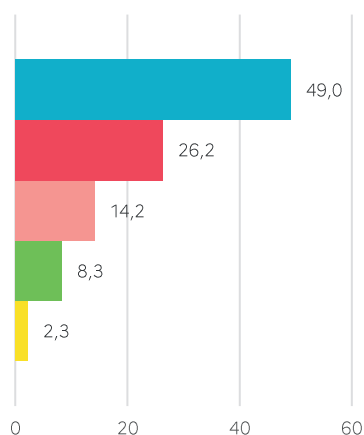
Lecture > En 2021, la CSBM progresse de 7,9 %, dont 1,2 point proviennent des soins de dentistes, qui augmentent de 22,5 % en un an.

Source > DREES, comptes de la santé.

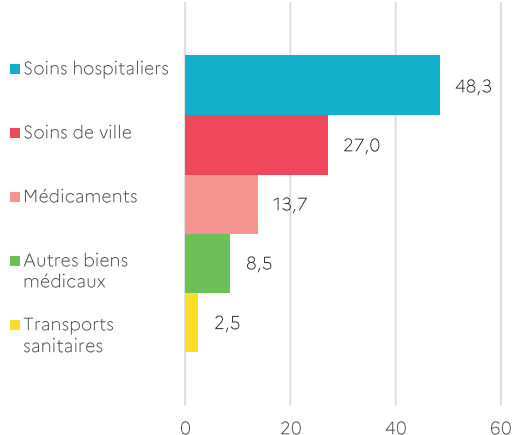
Graphique 1 Structure de la CSBM en 2020 et 2021

En %

a. En 2020



b. En 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, les soins hospitaliers demeurent le premier facteur de croissance de la CSBM en valeur

Entre 2011 et 2021, la CSBM progresse en moyenne de 2,4 % par an. Au cours de cette période, les soins hospitaliers demeurent le premier facteur de croissance de la CSBM.

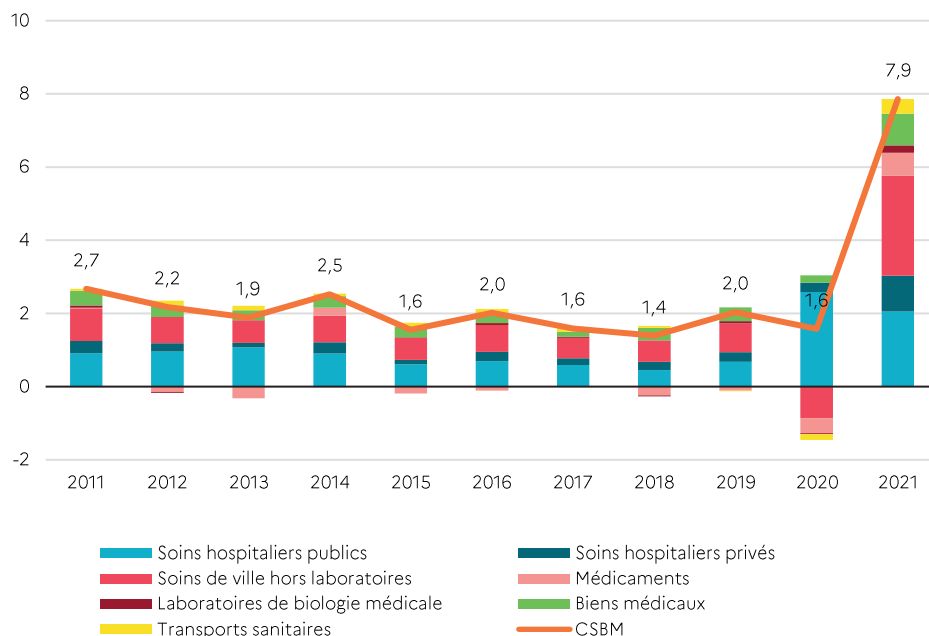
En 2021, tous les secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur (*graphique 2*) :

- Les soins hospitaliers, avec une contribution à la croissance de la CSBM de 3,0 points, portés par la hausse de la rémunération des personnels dans le secteur public ;

- Les soins de ville, avec une contribution à la croissance de la CSBM de 2,9 points, portés par la hausse des dépenses de soins de dentistes et d'auxiliaires médicaux ;
- Les biens médicaux avec une contribution de +0,9 point, portés par les réformes 100 % santé en optique et audiologie ;
- Les médicaments avec une contribution de 0,6 point, portés par la hausse du volume des ventes de médicaments et une moindre baisse de leurs prix ;
- Les transports sanitaires avec une contribution de 0,4 point, portés par la progression des dépenses de transports par ambulance et taxi.

Graphique 2 Contribution à la croissance de la CSBM en valeur

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



Source > DREES, comptes de la santé.

Un fort rebond des volumes de soins en 2021

L'année 2020 a été marquée par le recul de la CSBM en volumes (-4,6 %) en raison des déprogrammations de soins à l'hôpital et la chute des soins délivrés en ville lors de périodes de confinement.

La CSBM rebondit en 2021 en volume (+8,5 % après -4,6 % ; *graphique 3*) en raison de la reprise d'activité permise par l'atténuation de mesures de restriction sanitaire.

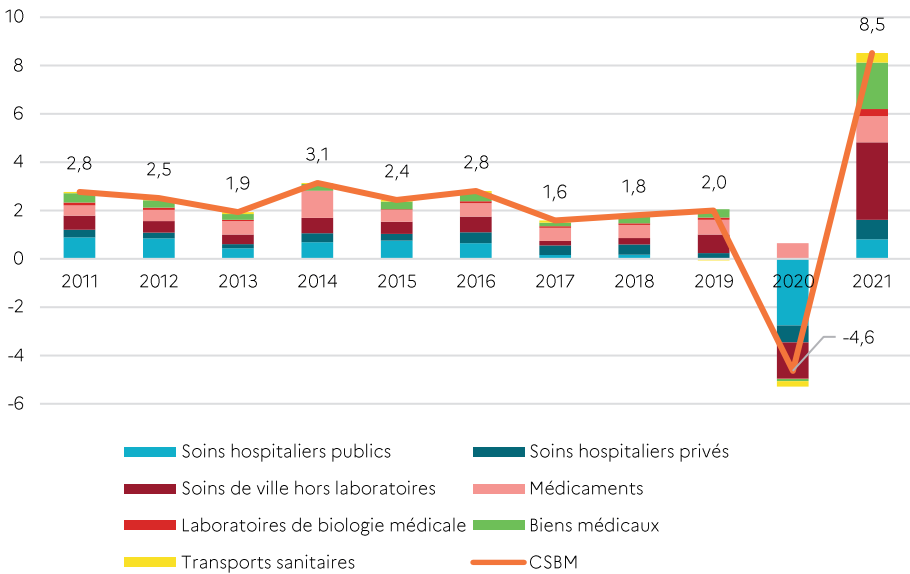
En 2021, la reprise des soins hospitaliers, notamment dans le secteur public, contribue à hauteur de +0,8 point à la croissance en volume de la CSBM.

Après un recul global de l'activité en 2020, l'ensemble des secteurs relevant des soins de ville rebondissent en 2021 et contribuent de 3,5 points à la hausse de la CSBM. Parmi ces secteurs, les soins de dentistes et des auxiliaires médicaux sont les deux principaux contributeurs à cette hausse. Le volume des médicaments en ambulatoire a

poursuivi sa tendance à la hausse en 2020 et 2021, y compris durant la crise sanitaire en 2020. Ils contribuent ainsi de +1,1 point à la croissance de la CSBM en volume en 2021. Cette hausse est portée par d'importantes évolutions annuelles pour plusieurs classes thérapeutiques, tels que les traitements des cancers, les immunosuppresseurs et les antidiabétiques.

Graphique 3 Contribution à la croissance de la CSBM en volume

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



Source > DREES, comptes de la santé.

Le prix de la CSBM diminue en 2021

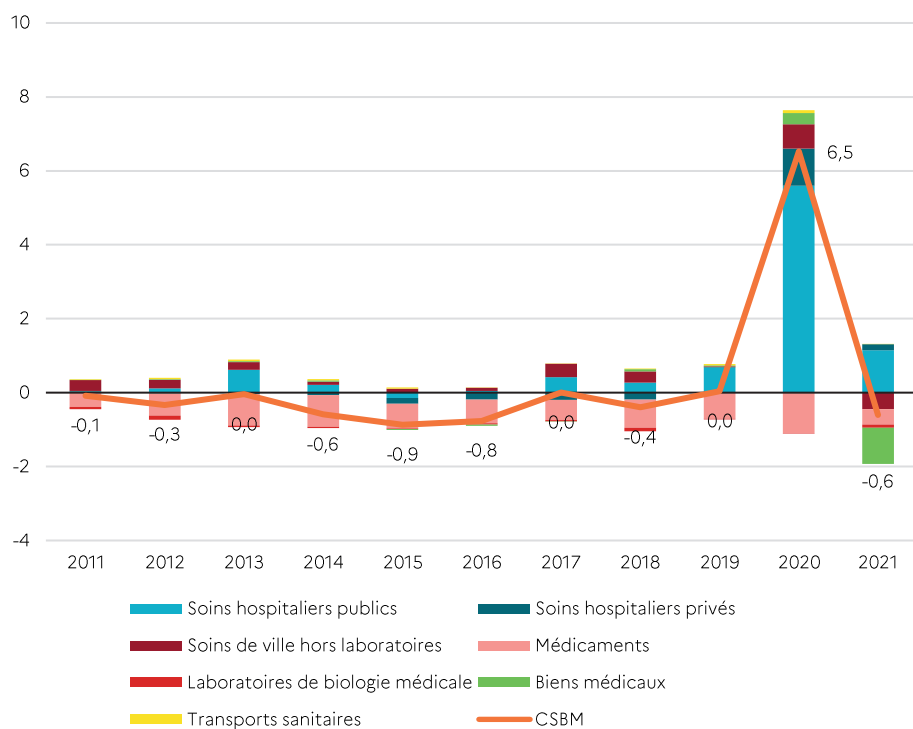
En 2021, le prix de la CSBM diminue fortement pour atteindre -0,6 % après +6,5 %. En 2020, les prix des soins hospitaliers avaient fortement progressé (+14,5 %) en lien avec les mesures de soutien exceptionnelles prises lors des premières phases de l'épidémie de Covid-19.

En 2021, les prix des soins hospitaliers continuent d'augmenter (+2,8 % en 2021), principalement sous l'effet des mesures de revalorisation salariales du Ségur de la santé. Globalement, le secteur hospitalier contribue pour 1,3 point à la hausse du prix de la CSBM.

À l'inverse, les soins ambulatoires contribuent négativement à la croissance du prix de la CSBM pour -1,9 point, principalement sous l'effet de la baisse du prix des masques comptabilisé au sein des autres biens médicaux (-10 % en 2021) mais aussi de consommation de médicaments en ambulatoire dont le prix continue de baisser (-3,0 % en 2021, -4,3 % entre 2011 et 2021 en moyenne annuelle). Cette baisse des prix des médicaments est due en partie à la progression continue des remises conventionnelles qui viennent minorer le prix des dépenses de médicaments (fiche 11).

Graphique 4 Contribution à la croissance de la CSBM en prix

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



Source > DREES, comptes de la santé.

Entre 1950 et 2021, 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.

De 1950 à 1985, le système de santé se développe, et la consommation de soins augmente plus rapidement que le PIB

Entre 1950 et 1985, la part de la CSBM dans le PIB progresse de 4,4 points (*graphique 1*). 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 2*].

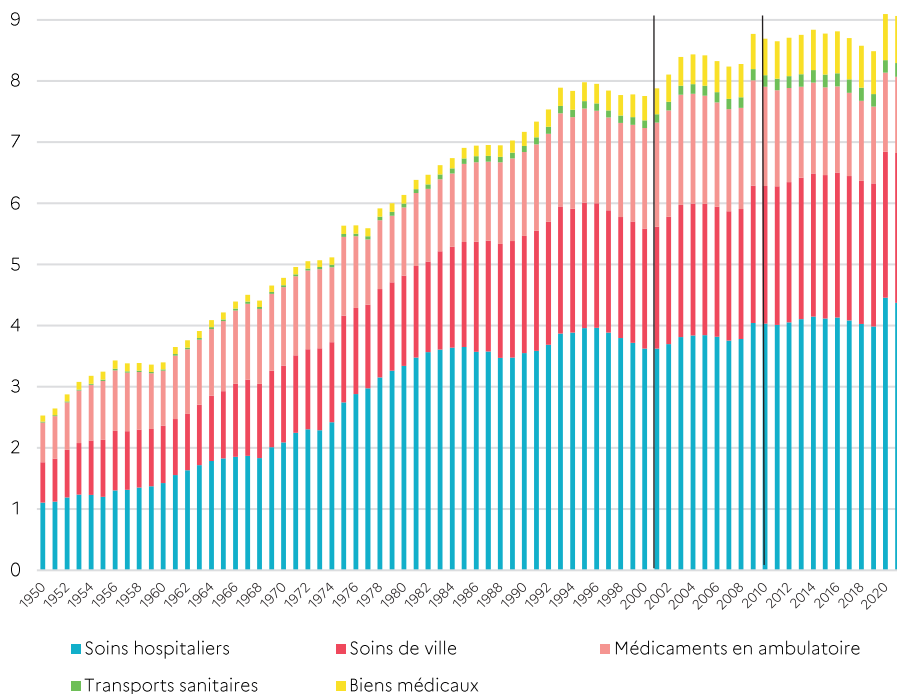
La dépense hospitalière augmente nettement, dans un contexte d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux.

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 3*) : 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 1 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 2021 pour la période 2010-2021).

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

La CSBM ralentit 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.

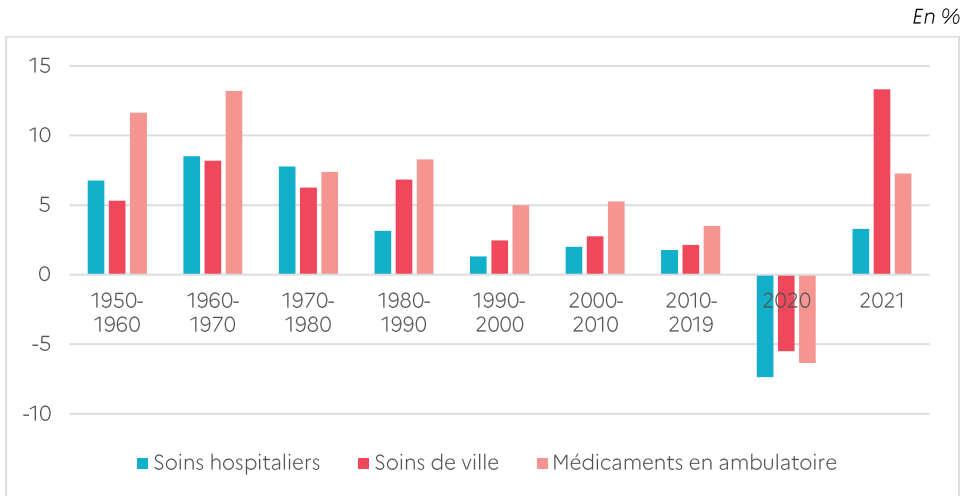
Par la suite, les plans de financement de la Sécurité sociale, remplacés chaque année à partir de 1997 par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), visent à maîtriser la croissance des dépenses d'Assurance maladie via la définition des objectifs nationaux de progression des dépenses d'Assurance 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, 0,6 point de PIB ; en 2009, 0,3 point. Enfin, une nouvelle hausse, de 0,6 point, est enregistrée en 2020, à 9,1 points du PIB.

Graphique 2 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM, en volume



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 2021 pour la période 2010-2021).

La crise sanitaire déforme la structure de la CSBM en 2020

Sous l'effet notamment des mesures de régulation, la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé entre 1985 et 2000 (*graphique 3*).

À l'inverse, la part des dépenses d'autres biens médicaux et de transports sanitaires a 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 (+2,7 points), principalement en raison de la hausse des volumes consommés et de la dif-

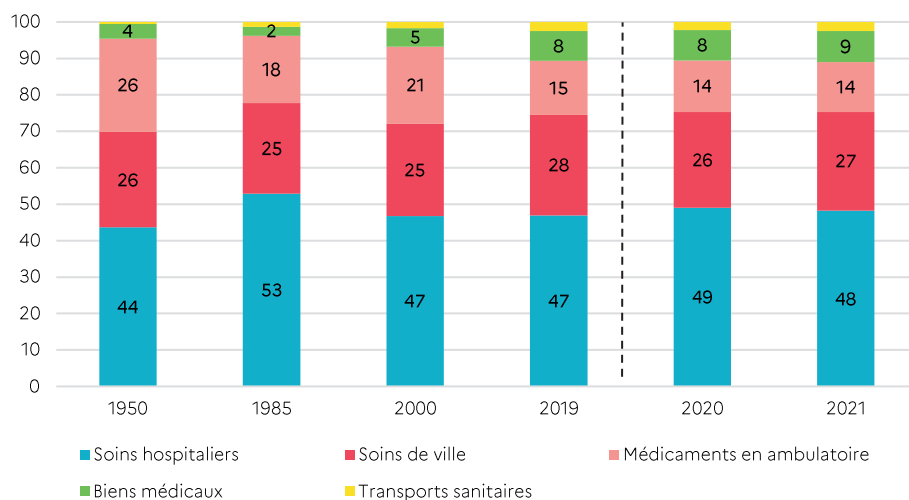
fusion de traitements nouveaux. En revanche, la part des soins de ville dans la CSBM est restée relativement stable, autour de 25 %.

Entre 2000 et 2019, malgré les innovations thérapeutiques, la part des médicaments en ambulatoire recule (-6,3 points, à la suite des mesures de régulation de l'Assurance maladie) au profit des autres biens médicaux (+3,1 points) et des soins de ville (+2,3 points).

En 2020, la crise sanitaire modifie temporairement la structure de la CSBM avec une hausse de la part des soins hospitaliers (+2,1 points), aux dépens des autres secteurs. Dès 2021, une correction s'opère : la part des soins hospitaliers diminue (-0,8 point), tandis que celle des soins de ville augmente (+0,8 point). ■

Graphique 3 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 2021 pour la période 2010-2021).

Pour en savoir plus

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

En réponse à la crise sanitaire, un soutien financier massif a été déployé afin de garantir la protection des personnes, des soignants et du système de santé dans son ensemble. Cette fiche retrace les mesures exceptionnelles mises en œuvre dans le cadre de l'urgence sanitaire en 2020 et en 2021. Ces mesures ne sont pas toutes comptabilisées en dépenses de santé, dans la CSBM ou dans la DCSi. En 2021, dans le champ des CNS, les dépenses liées à la crise du Covid-19 sont estimées à 17,4 milliards d'euros, dont 11,1 milliards comptabilisés en soins de prévention, donc au sein de la DCSi mais hors CSBM.

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 l'activité de certains professionnels de santé. Afin de préserver les capacités du système de santé dans la durée et dans une logique de soutien aux revenus des professionnels, le gouvernement a mis en place un dispositif exceptionnel d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA). 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 1,3 milliard d'euros en 2020 (annexe 2). En 2021, un reliquat de 0,1 milliard d'euros a été versé aux professionnels de santé au titre du DIPA (tableau).

Les revalorisations salariales

Les primes et revalorisations des heures supplémentaires du personnel soignant (hors mesures du Ségur de la santé) dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire se sont élevées à 2,4 milliards d'euros en 2020 ; elles ont concerné les personnels des établissements de santé (1,6 milliard d'euros) et des établissements médico-sociaux (0,8 milliard d'euros).

Les dépenses médicales supplémentaires

Les tests de dépistage

En 2020, le coût global des dispositifs de dépistage (tests PCR et tests antigéniques, prélèvements inclus) s'est élevé à 2,5 milliards d'euros. Il s'agit très majoritairement de dépenses de tests PCR, car les tests rapides antigéniques

n'ont pas été disponibles sur le marché avant la fin du mois de septembre 2020.

La politique de dépistage massif des personnes ayant été en contact avec des personnes malades s'est encore amplifiée en 2021. Ainsi, le coût global des tests (prélèvements inclus) a fortement augmenté en 2021 pour s'élever à 7,0 milliards d'euros (dont 0,7 milliard à l'hôpital). 168 millions de tests ont été réalisés sur l'année, dont 82 millions de tests antigéniques, 75 millions de tests PCR par les laboratoires de ville et près de 11 millions de tests PCR à l'hôpital.

Les masques

La consommation de masques en ville est estimée en 2020 à 0,9 milliard d'euros¹ et à 0,5 milliard en 2021. Cette diminution résulte d'une forte baisse des prix (de l'ordre de 80 %) ; en volume, la consommation a plus que doublé d'une année sur l'autre. À l'hôpital, la fourniture de masques s'est élevée à 1,6 milliard d'euros en 2020 et à 0,4 milliard en 2021.

Les vaccins

La vaccination contre le Covid-19 a débuté le 27 décembre 2020. Initialement réservée aux personnes les plus à risque de formes graves et les plus exposées, elle a ensuite été étendue à l'ensemble de la population. En 2021, 53 millions de personnes ont été vaccinés (148 millions d'injections). Les achats de vaccins, centralisés par Santé publique France, se sont élevés à 2,2 milliards d'euros. Les dépenses liées aux actes de vaccination s'élèvent, en 2021, à 1,5 milliard d'euros en ville et à 0,4 milliard à l'hôpital. Ce montant global recouvre les rémunérations des praticiens dans les centres de vaccination ainsi que les rémunérations d'injections à l'acte.

¹ Les achats de masques comptabilisés dans le champ des CNS excluent ceux effectués par les entreprises privées, considérés comme de la consommation intermédiaire.

Ces derniers sont estimés à 1,4 milliard d'euros pour 2020 et à moins de 0,1 milliard pour 2021.

La téléconsultation

En 2020, le confinement s'est accompagné d'un développement spectaculaire de la télé médecine, qui a facilité le recours aux soins durant la crise et permis de protéger au mieux les professionnels de santé et les assurés¹. Elle a représenté près de 25 % des consultations médicales au cours du premier confinement. 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 0,5 milliard d'euros le coût de leur prise en charge sur l'ensemble de l'année 2020. En 2021, malgré l'allègement des restrictions sanitaires, la dépense s'élève à 0,3 milliard d'euros.

La compensation de perte de recettes des établissements et des surcoûts liés au Covid-19

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. Un financement supplémentaire, visant à compenser les surcoûts liés au Covid-19, a été alloué aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Pour les établissements de santé publics et privés, les versements s'élèvent au total à 2,9 milliards en 2020 et 2021. Par ailleurs, les établissements médico-sociaux, ont perçu une compensation de 1,2 milliard en 2020 et 0,7 milliard en 2021.

De plus, une garantie de financement a été mise en place pour l'ensemble des cliniques privées afin de leur assurer un niveau de recette minimal pour l'activité de soins couvrant la période de mars à décembre 2020. Cette garantie de financement a été reconduite en 2021. Le montant versé à ce titre est estimé pour les cliniques privées à 1,1 milliard d'euros en 2020 et à 0,6 milliard en 2021 (annexe 2).

Les autres dépenses d'urgence

Le fonds d'investissement régional (FIR) a été doté d'une enveloppe supplémentaire en 2020 et en 2021 afin de garantir la gestion de financement local des agences régionales de santé (ARS). Par ailleurs, des dépenses exceptionnelles ont été dévolues à la mise en

place d'une plate-forme téléphonique et d'outils de suivi des cas contacts. Au total, ces dépenses d'urgence ont représenté 0,9 milliard d'euros en 2020 et 0,5 milliard en 2021.

Les indemnités journalières et le chômage partiel

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 scolaires) ainsi que les assurés considérés comme particulièrement à risque (ou vivant avec des personnes vulnérables). Ce dispositif dérogatoire transitoire a été remplacé par le versement de prestations de chômage partiel à la fin du premier confinement.

Le surcoût du dispositif dérogatoire d'indemnités journalières est estimé à 1,2 milliard d'euros en 2020. Le chômage partiel versé aux personnes vulnérables et aux parents sans mode de garde d'enfants est estimé à 1,9 milliard en 2020 et 0,3 milliard en 2021. Les indemnités journalières constituant un revenu de remplacement, elles ne sont pas retenues dans le champ des comptes de santé.

La contribution exceptionnelle des organismes complémentaires

Compte tenu de la baisse des soins pendant les périodes de confinement, ces organismes ont enregistré de moindres dépenses. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a mis en œuvre une contribution exceptionnelle, au titre des années 2020 et 2021, à la charge des organismes complémentaires, destinée à financer une partie des dépenses supplémentaires prises en charge par l'Assurance maladie.

Les recettes de cette contribution se sont élevées à près de 1 milliard d'euros en 2020 et à 0,5 milliard en 2021. 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. ■

¹ À compter du 1^{er} mai 2020, des consultations longues en présentiel ou à distance (tarifées à 46 euros), également exonérées du ticket modéra-

teur, ont été mises en place pour les personnes vulnérables n'ayant pas consulté durant le premier confinement.

Tableau 1 Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire dans la DCSi en 2020 et 2021

Montants en milliards d'euros

	2020	2021
DCSi – Dépenses de prévention	5,0	11,8
Vaccination en ville		3,8
Achat de vaccin Covid-19		2,2
Injection de vaccin Covid-20		1,6
Test PCR et antigéniques en ville	2,1	6,5
Prélèvement pour tests PCR et TAG	0,3	0,7
Tests PCR	1,6	3,4
Tests TAG	0,2	2,4
Établissements médico-sociaux	2,0	0,7
Prise en charge des surcoûts	1,2	0,7
Primes et revalorisations salariales	0,8	
Autres dépenses d'urgences	0,9	0,8
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	11,8	5,6
Masques	0,9	0,5
Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA)	1,3	0,1
Établissements de santé	7,6	5,0
Prise en charge des surcoûts Covid-19	2,9	2,9
Primes et revalorisations des heures supplémentaires	1,6	
Fourniture de masques	1,6	50,4
Tests PCR	0,4	0,7
Campagne de vaccination		0,4
Garantie de financement aux cliniques privées	1,1	0,6
Total des dépenses de crise Covid-19 dans le champ des CNS	14,8	17,4
Pour information, autres mesures liées à la crise hors champ des CNS		
Achats de masques effectués par les entreprises	1,6	0,3
Indemnités journalières et chômage partiel	3,1	0,3
Contribution Covid-19 versée à l'Assurance maladie par les organismes complémentaires	1,0	0,5

Note > L'ensemble de ces dépenses sont prises en charge par l'Assurance maladie (hormis 0,3 milliard d'euros à la charge des ménages au titre de tests PCR effectués après le 15 octobre 2021 par des personnes non-vaccinées ; 0,3 milliard à la charge des ménages pour les achats de masques et 0,2 milliard d'euros pris en charge par l'État pour les autres dépenses d'urgence).

Lecture > En 2021, dans le champ des CNS, les dépenses liées à la crise du Covid-19 sont estimées à 17,4 milliards d'euros, dont 11,8 milliards comptabilisés au sein de la DCSi.

Source > DREES, comptes de la santé, DSS, rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale.

Pour en savoir plus

- > Marc, C., Mikou, M., Portela, M. (dir.). (2021, décembre). *La protection sociale en France et en Europe en 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Projet de loi de financement Sécurité sociale pour 2022** (2021, septembre).
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2022, juillet). Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2021, prévisions 2022.
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2022, juillet). *Rapport Charges et produits pour l'année 2023*.
- > Amoureux, V., Héam, J.-C., Laurent, T. (2022, mai). Les comptes de la Nation en 2021. Insee, Insee première, 1904

Les soins ambulatoires

La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes en ville s'élève respectivement à 10,5 et 13,9 milliards d'euros en 2021. Après une baisse en 2020 liée aux mesures de restriction sanitaire, ces dépenses de soins rebondissent en 2021 : elles progressent de 2,9 % pour les généralistes et de 8,8 % pour les spécialistes. En 2021, la consommation de soins de médecins généralistes retrouve son niveau de 2019, avant le début de la crise du Covid-19. Le nombre de médecins généralistes continue de diminuer, tandis que les effectifs de spécialistes poursuivent leur augmentation. Le taux de reste à charge des ménages pour les dépenses de médecins est en baisse depuis dix ans. Il est plus élevé pour les soins de spécialistes (11,0 % en 2021) que pour les soins de généralistes (9,0 %).

La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes rebondit en 2021

La consommation de soins de médecins généralistes rebondit en 2021 et retrouve son niveau atteint avant la crise sanitaire

La consommation de soins courants de médecins généralistes en ville¹ (en cabinets libéraux ou en dispensaires, hors cliniques privées, dans une acceptation large comprenant l'ensemble des rémunérations forfaitaires et des prises en charge de cotisations sociales par l'Assurance maladie) s'élève, en 2021, à 10,5 milliards d'euros, soit 4,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle rebondit en 2021 : +2,9 % en valeur, après -2,7 % en 2020, en lien avec la chute d'activité lors du premier confinement (tableau 1). En 2020, la baisse des dépenses a été atténuée par le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA). Hors DIPA, la chute d'activité aurait été plus prononcée : -4,2 % en 2020.

L'activité des médecins généralistes retrouve en 2021 le niveau atteint en 2019, avant l'épidémie de Covid-19.

Un fort rebond pour les médecins spécialistes

La consommation de soins de médecins spécialistes en ville (en cabinets libéraux ou en dispensaires, hors cliniques privées, dans son acceptation large) s'élève à 13,9 milliards d'euros en 2021, soit 6,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle rebondit nettement en 2021 : +8,8 % en valeur, après -1,8 %. Si l'on exclut du calcul de l'agrégat les sommes reçues en 2020 au titre de la DIPA, le rebond intervient toutefois après une chute bien plus marquée (-5,5 % sans DIPA en 2020). Il reste que la consommation en soins de médecins spécialistes atteint en 2021 un niveau supérieur à celui de 2019. En 2020, les prix des soins de médecins augmentent (respectivement +1,7 % pour les généralistes et +4,6 % pour les spécialistes) ; le DIPA étant considéré comme un pur effet prix. En 2021, le prix des soins de médecins recule avec la baisse des montants versés au titre de la DIPA. Auparavant, la dernière hausse tarifaire a eu lieu en 2017 pour les médecins généralistes (revalorisation du tarif de la consultation de 23 à 25 euros au 1^{er} mai 2017) et en 2018 pour les spécialistes. À compter de 2018 pour les généralistes, les prix ralentissent avec la fin de la montée en charge de la convention médicale.

¹ En 2021, le périmètre des soins de médecins dans les comptes de la santé a été révisé (annexe 2). Les prises en charge de cotisations par l'Assurance maladie et le dispositif d'aide à la perte d'activité sont à présent inclus dans l'agrégat des soins courants infirmiers au sein de la CSBM.

À l'inverse, les dépenses de prévention (injection de vaccin contre le Covid-19) en sont exclues et comptabilisées dans le poste « Prévention » de la dépense courante de santé (DCSi). Ces dépenses sont présentées dans le tableau 4.

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

Pour les médecins généralistes, les honoraires versés au titre de la consultation constituent 63,6 % des dépenses de soins en 2021, les contrats, forfaits et prises en charge de cotisations 22,2 %, les visites 7,7 % et les actes techniques 6,5 % (*graphique 1*). Depuis 2011, la part des consultations et des visites a reculé respectivement de 7 et 5 points au profit des contrats dont la part augmente de 12 points.

Alors que les consultations constituent la principale composante des dépenses pour les médecins généralistes, ce sont les actes techniques qui représentent la plus grande partie de la dépense de médecins spécialistes : ils représen-

tent 65,7 % du total en 2021 contre 20,5 % pour les consultations. La part des actes techniques n'a cessé d'augmenter depuis plus de dix ans (+3 points par rapport à 2011) au détriment des consultations.

La part des contrats et assimilés dans les dépenses de soins a nettement augmenté entre 2011 et 2021. Ces dépenses englobent la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) ainsi que les permanences de soins et autres contrats. Le montant des contrats et assimilés atteint 1,8 milliard d'euros en 2021 pour les médecins généralistes (soit 17,0 % du total) et 0,2 milliard d'euros pour les spécialistes (soit 1,4 %) pour lesquels ces contrats ne représentent encore qu'une faible part de leurs revenus.

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

En millions d'euros

a. Médecins généralistes

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins courants	9 466	10 171	10 232	10 418	10 521	10 233	10 526
Honoraires	8 669	9 032	9 186	8 456	8 392	7 829	8 179
Contrats et assimilés ¹	285	520	482	1 395	1 543	1 670	1 789
Prise en charge des cotisations	512	619	565	566	586	582	550
DIPA ²						152	8
Évolution (en %)	4,9	2,6	0,6	1,8	1,0	-2,7	2,9
Prix (en %)	2,1	0,2	4,9	2,9	0,0	1,7	-1,2
Volume (en %)	2,8	2,3	-4,1	-1,0	1,0	-4,4	4,1

b. Médecins spécialistes

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins courants	10 783	12 006	12 339	12 591	12 995	12 755	13 878
Honoraires	10 072	11 310	11 688	11 930	12 265	11 525	13 020
Contrats et assimilés ¹	181	45	46	69	107	147	195
Prise en charge des cotisations	531	651	606	592	623	610	614
DIPA ²						473	48
Évolution (en %)	3,2	2,5	2,8	2,0	3,2	-1,8	8,8
Prix (en %)	2,1	0,4	1,4	1,9	1,0	4,6	-2,2
Volume (en %)	1,1	2,0	1,3	0,1	2,2	-6,2	11,2

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission ainsi que forfait patientèle médecin traitant (FPMT).

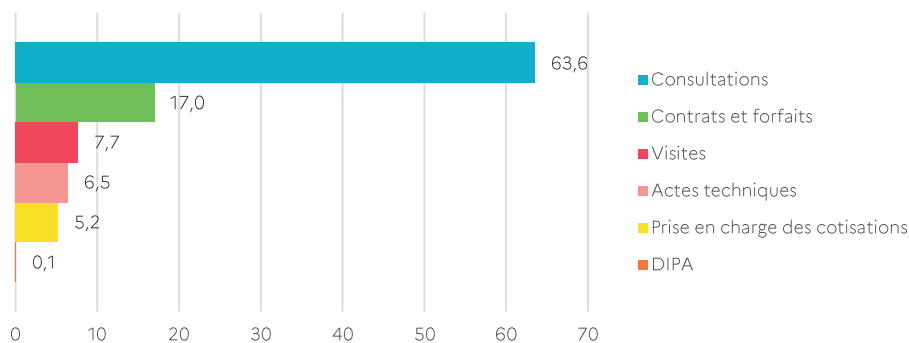
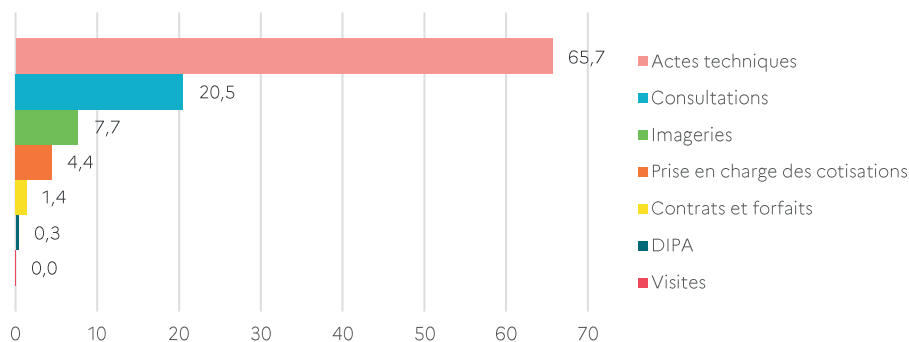
2. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (*fiche 2*).

Lecture > En 2021, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 13,9 milliards d'euros, dont 0,2 milliard d'euros de contrats et assimilés versés par la Sécurité sociale et 0,6 milliard d'euros de prises en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie.

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

Graphique 1 Structure de la dépense de soins des médecins en 2021

En %

a. Médecins généralistes**b. Médecins spécialistes****Sources** > DREES, comptes de la santé.**Les dépassements d'honoraires de nouveau en repli chez les généralistes**

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (1,7 % en 2021) (*graphique 2*). Ils sont en repli depuis plusieurs années sous l'effet du durcissement des conditions d'accès au secteur 2 pour les nouveaux médecins généralistes. De fait, le nombre d'omnipraticiens pratiquant des dépassements diminue tendanciellement

(-14,0 % par an en moyenne entre 2011 et 2021¹). À l'inverse, les dépassements d'honoraires continuent de représenter une part conséquente des honoraires des médecins spécialistes libéraux, 17,0 % en 2021 (+0,7 point par rapport à 2020, après -0,4 point entre 2019 et 2020). Depuis 2011, le nombre de médecins spécialistes pratiquant des dépassements ne cesse de croître (+0,9 % par an en moyenne entre 2011 et 2021 d'après les données de l'Assurance maladie).

¹ Le champ retenu recouvre les actifs à part entière. Ce champ ne comprend pas : les médecins installés en cours d'année, les médecins encore en activité

après 65 ans, les médecins qui exercent à l'hôpital à temps plein et les médecins non conventionnés.

Graphique 2 Part des dépassements dans la consommation des médecins

En %



Lecture > En 2021, les dépassements représentent 17,0 % de la consommation de soins des spécialistes libéraux.
Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, l'effectif des médecins progresse légèrement

Au 1^{er} janvier 2021, 228 000 médecins exercent en France, dont 44 % sont généralistes et 56 % spécialistes. La part des généralistes diminue de 0,4 point par rapport à 2020.

Une baisse du nombre de médecins généralistes principalement portée par les libéraux

Les effectifs de médecins généralistes baissent de nouveau en 2021 (-0,7 % par rapport à 2020) [tableau 2]. Cette réduction concerne les médecins libéraux (-1,1 % par rapport à 2020), qui représentent les deux tiers de la profession,

mais aussi les salariés hospitaliers. Seuls les effectifs des autres salariés, principalement des médecins exerçant en centre de santé, progressent en 2021, de 0,9 %.

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

Les effectifs de médecins spécialistes augmentent de nouveau en 2021 (+1,1 %). Entre 2012 et 2021, leur nombre a progressé de 1,2 % par an en moyenne. En 2021, l'augmentation du nombre de médecins spécialistes est surtout portée par les médecins salariés et en particulier par les médecins hospitaliers (+1,9 %).

Tableau 2 Effectifs de médecins par mode conventionnel**a. Médecins généralistes**

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2021/2020 (en %)	Structure 2021 (en %)
Ensemble	101 435	101 799	101 755	101 939	101 381	101 355	100 621	-0,7	100
Salariés hospitaliers	16 963	18 253	18 605	18 982	19 152	19 172	19 030	-0,7	18,9
Libéraux et mixtes	68 922	68 016	67 608	67 426	66 771	66 634	65 898	-1,1	65,5
Autres salariés	15 550	15 530	15 542	15 531	15 458	15 549	15 693	0,9	15,6

b. Médecins spécialistes

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2021/2020 (en %)	Structure 2021 (en %)
Ensemble	114 495	120 654	121 984	123 107	123 683	125 943	127 325	1,1	100
Salariés hospitaliers	43 854	48 438	49 555	50 509	50 807	51 632	52 590	1,9	52,3
Libéraux et mixtes	59 667	60 816	60 968	60 863	60 869	61 968	62 000	0,1	61,6
Autres salariés	10 974	11 400	11 461	11 735	12 007	12 343	12 735	3,2	12,7

Lecture > Au 1^{er} janvier 2021, il y a 127 325 médecins spécialistes en France, dont 62 000 médecins libéraux et 52 590 médecins salariés hospitaliers.

Sources > DREES, RPPS 2012-2021, calculs DREES.

Les ménages financent une part plus élevée des soins de spécialistes que des soins de généralistes

Pour la consommation de soins des médecins généralistes, la Sécurité sociale assure en 2021 79,2 % de la dépense (tableau 3), l'État (AME, prise en charge des dépenses des anciens combattants) 0,3 %, et les organismes complémentaires 11,6 %. Les ménages prennent en charge les 9,0 % restants, soit 0,9 milliard d'euros en 2021. Cette part baisse de 0,4 point rapport à 2020.

Sur une période plus longue, entre 2011 et 2021, la part financée directement par les ménages a baissé de 0,7 point.

La consommation de soins des médecins spécialistes est prise en charge à hauteur de 69,0 % par la Sécurité sociale, 0,3 % par l'État et 19,7 % par les organismes complémentaires. Après avoir atteint un point bas en 2020 à 9,8 %, la part des ménages dans le financement augmente en 2021, pour s'établir à 11,0 %.

Ainsi, les ménages financent une part plus élevée des soins de médecins spécialistes (11,0 %) que pour les médecins généralistes (9,0 %).

Comme pour les généralistes, le reste à charge des ménages pour les spécialistes a baissé entre 2011 et 2021 (-1,3 point).

¹ En application de la loi de financement pour 2021, les dépenses du fonds CSS sont à présent intégrées à celles de la CNAM et ne sont plus financées par l'État (annexe 2). La part prise en charge par l'Assu-

rance maladie augmente en conséquence en 2021 au détriment de celle de l'État (qui passe de 2,3 % en 2020 à 0,3 % en 2021 pour les généralistes et de 0,9 % en 2020 à 0,3 % pour les spécialistes).

Tableau 3 Répartition des dépenses des médecins par type de financeur en 2021

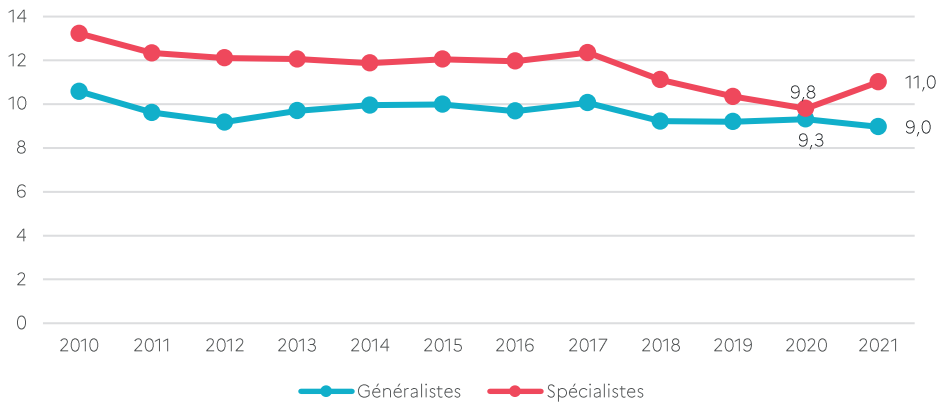
En milliards d'euros

En 2021	Généralistes		Spécialistes	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8,3	79,2	9,6	69,0
État	0,0	0,3	0,0	0,3
Organismes complémentaires	1,2	11,6	2,7	19,7
Ménages	0,9	9,0	1,5	11,0
Ensemble	10,5	100,0	13,9	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution de la part du RAC des ménages entre 2011 et 2021

Part en %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses d'injections du vaccin contre le Covid-19 se sont élevées à 0,5 milliard d'euros en 2021 pour les médecins

Les dépenses de prévention prodiguées par les médecins au titre des injections de vaccins¹ contre la Covid-19 s'élèvent à 530 millions d'euros (tableau 4). La très grande majorité de cette dépense a été effectuée par les généralistes. 43 % des injections de vaccin réalisées par les généralistes ont été effectuées en centre de vaccination et le reste au sein de cabinets médicaux. Pour les spécialistes, la

majorité a été effectuée en centre de vaccination.

Les vaccinations ont été intégralement prises en charge par l'Assurance maladie. Les dépenses de prévention des médecins au titre de la vaccination complètent le champ de la consommation de soins retracée au sein du tableau 1.

Dans le cadre de la campagne de vaccination contre le Covid-19, deux modes de rémunération des médecins et des infirmiers ont été mis en place : la rémunération forfaitaire à la vacation et la rémunération à l'acte. ■

¹ Les dépenses de prévention ne font pas partie de la CSBM. On ne retient ici que l'acte de vaccination, pas le vaccin en lui-même.

Tableau 4 Les dépenses de prévention des médecins en 2021*En millions d'euros*

	2021
Prévention	534
Injection de vaccin contre le Covid-19 par des généralistes	514
Dont injection en centre de vaccination	222
Dont injection à l'acte	292
Injection de vaccin contre le Covid-19 par des spécialistes	20
Dont injection en centre de vaccination	17
Dont injection à l'acte	4

Note > Les injections de vaccins contre le Covid-19 par les généralistes représentent 514 millions d'euros en 2021.

Sources > DREES, comptes de la santé.

La consommation de soins de sages-femmes en ville, exerçant au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, s'élève à 0,5 milliard d'euros en 2021. Elle représente 0,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) mais croît très rapidement. Le nombre de sages-femmes exerçant en libéral progresse tendancielllement. La consommation de soins de sages-femmes est prise en charge à plus de 90 % par la Sécurité sociale.

La consommation de soins de sages-femmes augmente à un rythme élevé en 2021

En 2021, la consommation de soins de sages-femmes s'élève à 0,5 milliard d'euros (tableau 1) soit 0,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Ces dépenses augmentent en 2021 à un rythme élevé, proche de celui enregistré avant la crise du Covid-19 (+14,4 % en valeur en 2021, après +6,6 % en 2020 et +13,2 % en 2019) ; l'activité des sages-femmes a été ralentie par les mesures de restrictions sanitaires mises en œuvre en 2020. La croissance enregistrée en 2021 est portée par une hausse des volumes (+14,7 % après +5,2 % en 2020).

Les dépenses de prévention des sages-femmes (liées aux injections du vaccin contre le Covid-19 et comptabilisées au sein de la DCSi) s'élèvent à 7 millions d'euros en 2021.

Entre 2011 et 2019, la consommation de soins de sages-femmes a été particulièrement dynamique : +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), qui vise à réduire la durée du séjour en maternité après l'accouchement, en instaurant notamment deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance. La période a également été marquée par la revalo-

risation de certains actes et consultations. Entre 2015 et 2020, le nombre de naissances diminue continuellement (-1,6 % en moyenne par an). Il augmente de 0,4 % en 2021 (738 000 naissances).

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, favorisant 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, les nouveau-nés ainsi que pour l'entourage. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiniques. Cet élargissement de compétences intervient dans un contexte de baisse du nombre de gynécologues.

¹ Les prises en charge de cotisations par l'Assurance maladie ainsi que le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA) ont été reclassés dans l'agrégat de soins courants au sein de la CSBM (annexe 2).

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes

En millions d'euros

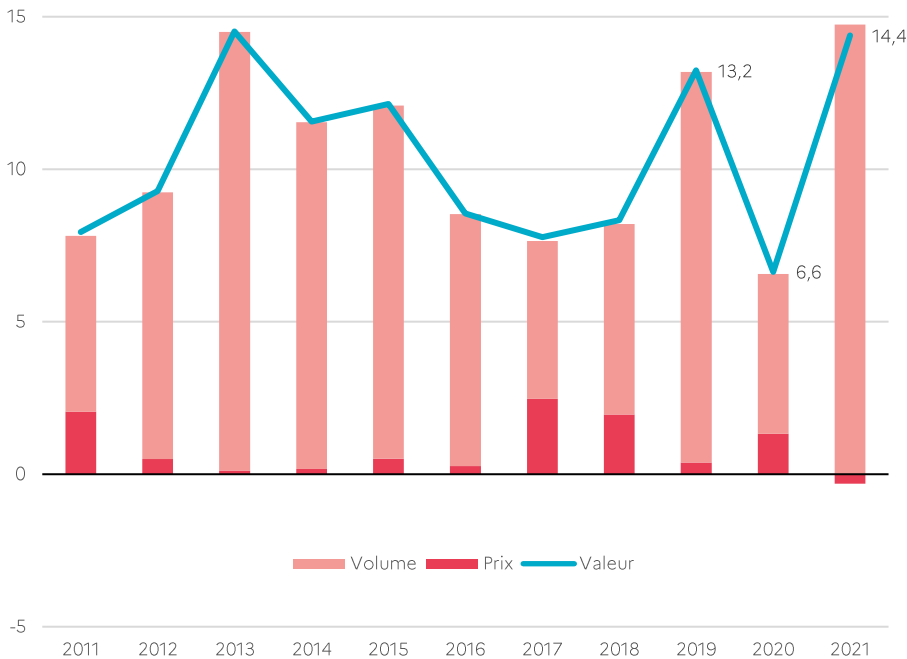
	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins courants	186	317	341	370	419	446	511
Honoraires et assimilés	172	296	320	346	390	411	477
Contrats et assimilés	3	3	4	5	7	8	10
Prise en charge des cotisations	11	18	17	19	22	24	24
DIPA ¹	0	0	0	0	0	4	0
Évolution (en %)	7,9	8,6	7,8	8,3	13,2	6,6	14,4
Prix (en %)	2,1	0,3	2,5	2,0	0,4	1,3	-0,3
Volume (en %)	5,8	8,3	5,2	6,2	12,8	5,2	14,7

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité.

Source > 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 %



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

Les effectifs salariés à l'hôpital continuent de diminuer

Au 1^{er} janvier 2021, 23 500 sages-femmes exercent leur activité en Fance (+1,6 % par rapport à 2020). Les effectifs salariés à l'hôpital en France

métropolitaine continuent de diminuer (-1,1 %) pour atteindre 59 % du total (contre 72 % en 2012). En revanche, le nombre des sages-femmes exerçant en libéral augmente de 3,8 % en 2021 pour atteindre 34 % du total (contre 20 % en 2012, *tableau 2*).

Par ailleurs, 4,0 % des soins de sages-femmes sont délivrés en centre de santé, une part en progression constante depuis 2014 (graphique 3).

Les consultations constituent la part la plus élevée des soins de sages-femmes (87,6 %). Les actes techniques représentent 5,0 % des dépenses (graphique 4).

Tableau 2 Évolution des effectifs des sages-femmes

En milliers

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2021/ 2020 (en %)	Struc- ture 2021 (en %)
Ensemble des sages-femmes	19,6	22,3	22,7	22,8	23,0	23,2	23,5	1,6	100,0
Salariés hospitaliers	14,2	14,8	14,7	14,4	14,2	14,0	13,8	-1,1	58,6
Libéraux et mixtes	3,9	6,1	6,6	7,0	7,3	7,6	7,9	3,8	33,7
Autres salariés	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,8	14,7	7,7

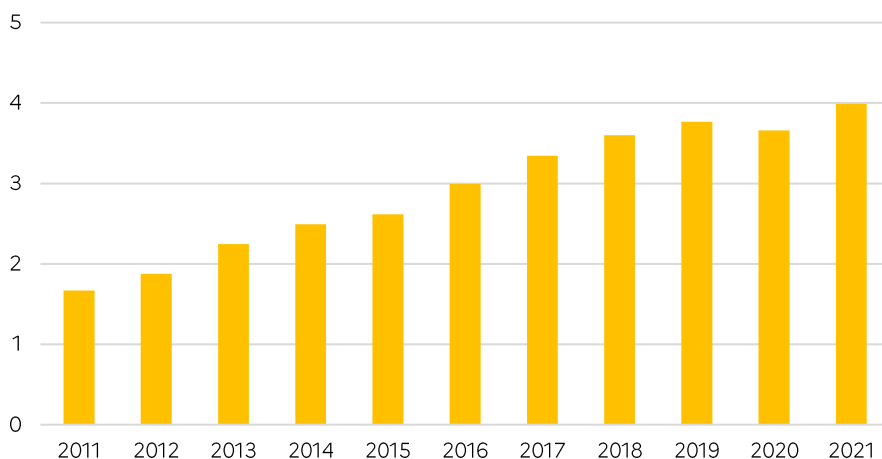
Note > Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1^{er} janvier *n*.

Champ > France.

Sources > DREES, Adeli 2012-2021.

Graphique 3 Part des soins de sages-femmes effectués en centre de santé entre 2011 et 2021

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une dépense majoritairement prise en charge par la Sécurité sociale

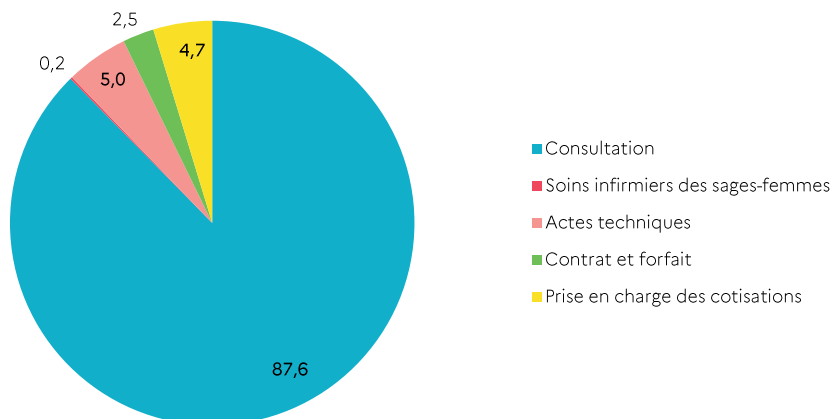
En 2021, la Sécurité sociale constitue le principal financeur des soins de sages-femmes, avec 91,0 % de la consommation (tableau 3).

6,5 % sont pris en charge par les organismes complémentaires. Cette part augmente en 2021

(+0,8 point par rapport à 2020). La part restant à la charge des ménages s'établit à 2,4 % en 2021 (+0,6 point). Enfin, la part prise en charge par l'État diminue (de 1,1 % en 2020 à 0,2 % en 2021), en raison du transfert de prise en charge des dépenses versées au titre de la CSS de l'État vers la Sécurité sociale. ■

Graphique 4 Répartition des soins de sages-femmes en 2021

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de sages-femmes par type de financeur en 2021

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	465	91,0
État	1	0,2
Organismes complémentaires	33	6,5
Ménages	12	2,4
Ensemble	511	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, la consommation de soins courants infirmiers s'élève à 9,3 milliards d'euros. Elle augmente de 3,0% par rapport à l'année précédente, après +8,1% en 2020. Les soins courants infirmiers retrouvent en 2021 leur rythme de croissance de long terme après une année 2020 particulièrement dynamique.

En revanche, les dépenses de prévention réalisées par les infirmiers croissent fortement en 2021 du fait de la poursuite de la campagne de test de dépistage et du démarrage de la campagne de vaccination contre le Covid-19.

Les soins courants infirmiers augmentent de nouveau en 2021

En 2021, la consommation de soins courants infirmiers¹ en ville (infirmiers libéraux ou salariés en centre de santé) s'élève à 9,3 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle augmente de nouveau (+3,0%), après une forte croissance en 2020 (+8,1%). Seules les dépenses de soins courants sont comptabilisées au sein de la CSBM. Les autres types de dépenses (soins de longue durée et prévention), comptabilisées au sein de la dépense courante de santé (DCSi), sont présentées pour information à la fin de la fiche et complètent le champ des dépenses effectuées au titre de l'activité des infirmiers en ville.

En 2020, les soins courants infirmiers n'ont pas été touchés par les mesures de restriction sanitaires comme cela a été le cas pour les autres praticiens libéraux. De ce fait, les infirmiers ont peu recouru au dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) en 2020. Après une année de croissance exceptionnelle, portée notam-

ment¹ par les revalorisations de certains actes, l'année 2021 marque le retour de la croissance des soins courants infirmiers à un niveau proche de sa moyenne de long terme.

Entre 2011 et 2019, la consommation de soins infirmiers a augmenté de 5,5% en moyenne annuelle ; 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).

Plusieurs interventions sur le prix des actes infirmiers ont eu lieu sur la période récente. En 2019, l'avenant 6 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux a revalorisé certains actes (notamment les pansements lourds et complexes) et créé de nouveaux actes infirmiers (accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, prise en charge de soins post-opératoires à domicile à la suite d'une intervention chirurgicale)². En 2021, un nouvel avenant a été signé et porte sur les modalités d'exercice des infirmiers en pratique avancée.

¹ En 2021, le classement des soins infirmiers dans les comptes de la santé a été révisé (*annexe 2*) pour se mettre en conformité avec la codification internationale SHA. Les prises en charge de cotisations et le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA) sont à présent inclus dans l'agrégat des soins courants infirmiers au sein de la CSBM.

À l'inverse, les soins de longue durée (SSIAD et actes liés à la dépendance) et les dépenses de prévention (prélèvement de tests PCR et TAG et injection de

vaccin Covid) en sont exclus et comptabilisés au sein de la dépense courante de santé (DCSi, *fiche 23*). Ces dépenses sont présentées dans le *tableau 4* pour information.

² Pour les auxiliaires médicaux, l'indice de prix calculé par l'Insee ne prend pas en compte les changements de cotations 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.

Tableau 1 Consommation de soins courants infirmiers en ville

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins courants	5 400	7 429	7 656	7 963	8 312	8 982	9 256
Honoraires	4 926	6 869	7 145	7 408	7 691	8 249	8 630
Contrats et assimilés ¹	124	80	85	97	119	123	124
Prise en charge des cotisations	349	479	426	458	502	543	501
DIPA ²	0	0	0	0	0	66	1
Évolution (en %)	6,0	3,5	3,1	4,0	4,4	8,1	3,0
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	-0,7
Volume (en %)	6,0	3,5	3,1	4,0	4,4	7,3	3,8

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires et les aides liées à la télétransmission.

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

Note > Les soins courants infirmiers représentent 9,3 milliards d'euros en 2021.

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

La structure de la consommation reste stable en 2021

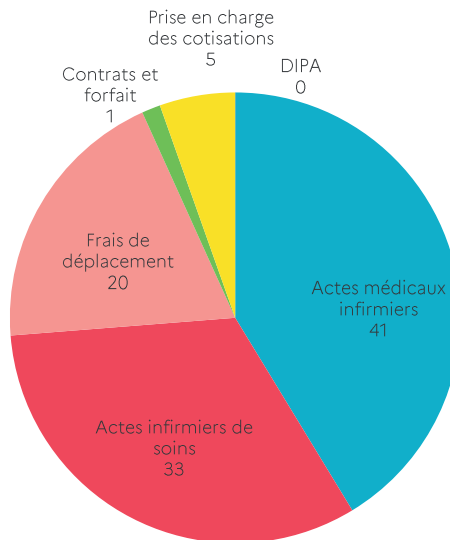
La structure de la consommation de soins courants infirmiers reste stable en 2021 : les actes médico-infirmiers (injections, pansements, etc.) représentent 41 % de la dépense, les actes infirmiers de soins (séances de soins,

surveillance, etc.) 33 %, les frais de déplacement 20 % de la dépense, les contrats et forfaits 1 % de la dépense et les prises en charge de cotisations 5 % (*graphique 1*).

En outre, la part des soins infirmiers effectuée en centre de santé demeure faible : en 2021, ces dépenses ne représentent que 2,3 % de la dépense de soins dispensés en ville.

Graphique 1 Structure de la consommation de soins courants infirmiers en ville

En %



Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

En milliers

En milliers	2012	2016	2018	2019	2020	2021	Évolution 2021/2020 (en %)	Structure 2021 (en %)
Ensemble	538	599	616	624	631	638	1,0	100
Salariés hospitaliers	371	393	399	401	402	403	0,2	63
Libéraux	87	110	115	118	121	123	2,1	19
Autres salariés	80	96	102	105	108	111	2,8	17

Note > Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1^{er} janvier *n*.

Champ > France, ensemble des infirmiers de moins de 62 ans inscrits au répertoire.

Sources > DREES, Adeli 2012-2021.

Les effectifs des infirmiers progressent en moyenne de 3,0 % par an entre 2016 et 2021

Au 1^{er} janvier 2021, 638 000 infirmiers de moins de 62 ans exercent leur activité en France (tableau 2). Les effectifs progressent de 1,0 % entre 2020 et 2021. À partir de 2016, le nombre d'infirmiers ralentit : entre 2012 et 2016, les effectifs ont crû de +2,7 % en moyenne annuelle ; depuis 2016, l'augmentation s'établit à 1,3 % en moyenne.

L'exercice en libéral est minoritaire chez les infirmiers : au 1^{er} janvier 2021, seulement 19 % d'entre eux pratiquent sous ce statut. 63 % des infirmiers sont salariés hospitaliers dans le secteur public ou privé et 17 % sont salariés d'une autre structure (centre de santé, établissement pour handicapés, établissement scolaire, etc.). Cette dernière catégorie est la

plus dynamique, avec une progression de 3,1 % par an en moyenne entre 2016 et 2021.

La Sécurité sociale prend en charge 93 % de la consommation de soins infirmiers

Le financement de la consommation de soins infirmiers est principalement assuré par la Sécurité sociale¹ (93,2 % en 2021) (tableau 3). L'État contribue pour 0,2 % de la dépense (aide médicale d'État et invalides de guerre) et les organismes complémentaires 5,1 %. Le reste à charge des ménages représente 1,5 % de la dépense, soit 0,1 milliard d'euros en 2021.

Sur les dix dernières années, la répartition des dépenses de soins infirmiers entre les différents financeurs est restée stable ; le reste à charge des ménages demeurant toujours inférieur à 2 % de la consommation.

¹ La baisse du financement des dépenses de soins infirmiers par l'État s'explique par une modification du mode de financement de la complémentaire santé solidaire (CSS). En effet,

jusqu'en 2020, ce dispositif était financé directement par l'État ; à partir de 2021, le financement de la CSS est assuré par l'Assurance maladie.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins courants infirmiers par type de financeur en 2021

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 624	93,2
État	18	0,2
Organismes complémentaires	472	5,1
Ménages	141	1,5
Ensemble	9 256	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Les soins de longue durée et les dépenses de prévention des infirmiers

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins de longue durée	2 316	2 656	2 741	2 790	2 850	2 936	3 013
SSIAD	1 464	1 676	1 722	1 739	1 760	1 874	1 902
Soins liés à la dépendance	851	980	1 019	1 051	1 090	1 062	1 111
Évolution (en %)	4,9	2,2	3,2	1,8	2,2	3,0	2,6
Prévention						131	659
Prélèvement des tests PCR et TAG						131	381
Injection de vaccin Covid-19							278
Évolution (en %)	so	so	so	so	so	so	ns

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

so : sans objet.

ns : non significatif.

Note > Les soins de longue durée des infirmiers représentent 3,0 milliards d'euros en 2021.**Source >** DREES, comptes de la santé.

Les soins infirmiers de longue durée progressent en 2021

Les soins de longue durée des infirmiers sont composés des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et des soins liés à la prise en charge de la dépendance. En 2021, les soins de longue durée infirmiers augmentent de 2,6 % (après +3,0 % en 2020). Cette évolution tient au vieillissement de la population française et aux incitations au maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance. Les SSIAD sont pris en charge en intégralité par la Sécurité sociale. En revanche, les ménages financent une partie de des soins liés à la dépendance, du même ordre de grandeur que celui observé sur les soins courants.

Les dépenses de prévention montent en flèche en 2021 avec la lutte contre l'épidémie de Covid-19

Les dépenses de prévention des infirmiers sont composées des prélèvements pour effectuer les tests PCR et TAG et des injections de vaccins contre le Covid-19 ; elles montent en flèche en 2021, à 0,7 milliard d'euros, contre 0,1 milliard en 2020.

Les prélèvements réalisés par des infirmiers ont fortement progressé en 2021, avec la poursuite de la campagne de dépistage par tests antigéniques et PCR. Ils s'élèvent à 0,4 milliard d'euros en 2021 contre 0,1 milliard en 2020. Les prélèvements ont été financés en totalité par la Sécurité sociale, sauf pour les adultes non vaccinés à partir du 15 octobre 2021.

Les dépenses liées aux injections de vaccins contre le Covid-19 par les infirmiers s'élèvent à 0,3 milliard ; 90 % de cette dépense a été effectuée en centre de vaccination. Ces dépenses ont été intégralement prises en charge par la Sécurité sociale. ■

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). 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 ». Rapport.
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2020, juillet). Charges et produits pour l'année 2021. Rapport.
- > **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.

En 2021, la consommation des soins des auxiliaires médicaux (hors infirmiers) s'élève à 8,1 milliards d'euros. Elle augmente de 19,5 % par rapport à l'année précédente, après une chute de 11,1 % en 2020. L'activité de ces praticiens, fortement touchée par les mesures de restriction sanitaire en 2020, rebondit en 2021 et retrouve pratiquement sa tendance de long terme en niveau.

La consommation en soins d'auxiliaires médicaux en forte hausse

En 2021, la consommation en soins courants d'auxiliaires médicaux¹ (hors infirmiers) s'élève à 8,1 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle rebondit fortement après une chute importante en 2020 : +19,5 % en 2021 après -11,1 % (et même -13,1 % en excluant la DIPA en 2020).

En 2020, l'activité des auxiliaires médicaux a été très durement affectée par les mesures de restriction sanitaire prises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19. En particulier,

durant le premier confinement, entre le 17 mars et le 11 mai 2020, l'activité des auxiliaires médicaux était quasiment à l'arrêt.

Les mesures sanitaires prises en 2021 ont été moins sévères et l'activité rebondit pour retrouver un niveau proche de sa tendance de long terme. Entre 2019 et 2021, la consommation en soins d'auxiliaires médicaux a progressé de 3,1 % par an en moyenne, un rythme un peu moins élevé que celui observé avant la crise épidémique (+4,5 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2019).

Tableau 1 Consommation de soins courants des auxiliaires médicaux

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Consommation totale	5 346	6 854	7 036	7 275	7 616	6 771	8 089
Masseurs-kinésithérapeutes	4 427	5 665	5 810	5 975	6 210	5 534	6 587
Orthophonistes	801	1 023	1 052	1 078	1 131	962	1 140
Orthoptistes	101	133	138	181	228	230	307
Pédicures-podologues	16	33	37	42	46	45	55
Évolution (en %)	2,6	3,5	2,7	3,4	4,7	-11,1	19,5
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume (en %)	2,6	3,5	2,7	3,4	4,7	-11,1	19,5

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.

¹ La consommation de soins des auxiliaires médicaux a été révisée par rapport à la précédente édition et inclut cette année les prises en charge de cotisations, l'aide à la télétransmission et le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA) pour se conformer aux définitions utilisées pour les comparai-

sons internationales. À l'inverse, les dépenses des masseurs-kinésithérapeutes effectuées dans le cadre de la prise en charge de la dépendance sont maintenant exclues. Elles sont présentées à la fin de la fiche pour information.

Les soins courants de masso-kinésithérapie en forte hausse en 2021

La consommation de soins courants de masso-kinésithérapie s'élève à 6,6 milliards d'euros en 2021, en hausse de 19,0 % après une baisse de 10,9 % en 2020 (-13,1 % en excluant la DIPA).

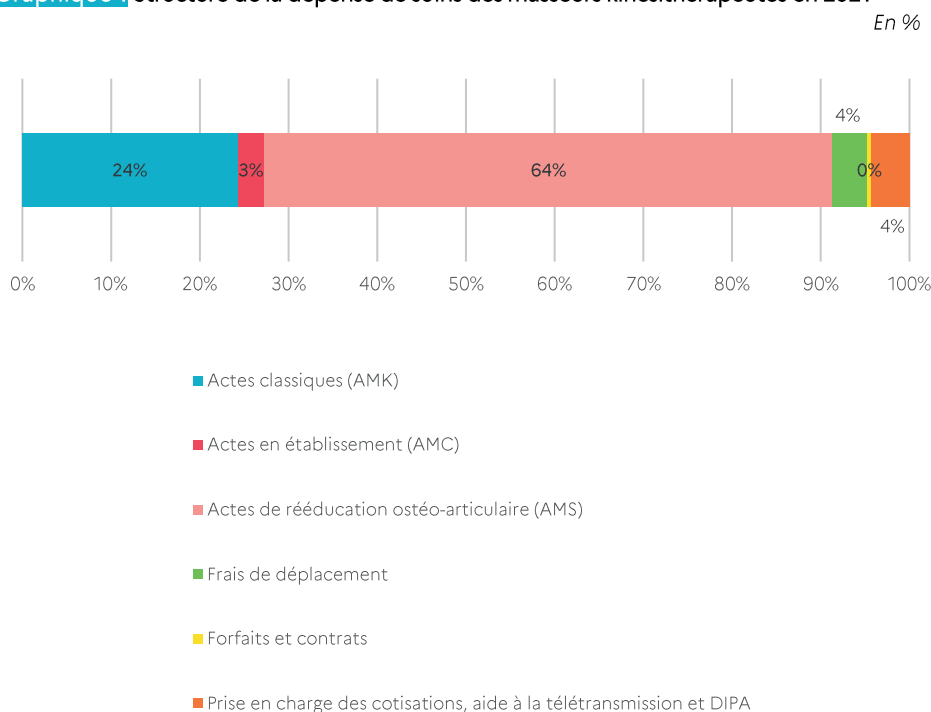
La dernière revalorisation des actes des masseurs-kinésithérapeutes est intervenue au 1^{er} juillet 2019¹. Au cours de l'année 2021, l'évolution des dépenses est donc intégralement liée à celle des volumes.

Entre 2011 et 2021, la consommation augmente en moyenne de 4,1 % par an. La croissance des dépenses est liée à des facteurs structurels, en particulier au vieillissement de la population. Les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent en effet 64 % de la consom-

mation de soins de masso-kinésithérapie en 2021 (*graphique 1*). Ces actes, auxquels recourent davantage les personnes âgées, occupent une place de plus en plus importante dans la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes (+4 points par rapport à l'année 2011). Au 1^{er} janvier 2020, 91 500 masseurs-kinésithérapeutes exercent en France, dont 80 % en libéral (*tableau 2*).

En 2021, 64,4 % de la consommation de soins des masseurs-kinésithérapeutes est prise en charge par la Sécurité sociale (*tableau 3*). Ce taux de prise en charge est légèrement inférieur à la moyenne des soins de ville (67,9 % en 2021). Les organismes complémentaires financent 17,5 % de la dépense, et les ménages 18,0 %, soit 1,2 milliard d'euros en 2021.

Graphique 1 Structure de la dépense de soins des masseurs-kinésithérapeutes en 2021



Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM.

¹ Le calcul de l'indice des prix des auxiliaires médicaux 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

En milliers

	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020/2021 (en %)
Masseurs-kinésithérapeutes	84,4	89,0	89,2	91,5	n.d.	
dont libéraux	66,3	70,4	71,1	73,2	n.d.	
Orthophonistes	22,5	22,5	23,0	23,3	23,8	2,0
dont libéraux	19,0	19,1	19,5	19,9	20,3	2,1
Orthoptistes	4,3	4,5	4,8	5,1	5,4	6,7
dont libéraux	2,7	2,8	2,9	3,0	3,1	2,3
Pédicures-podologues	12,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
dont libéraux	12,7	n.d.	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 1^{er} janvier *n*.

Champ > France, ensemble des auxiliaires de moins de 62 ans inscrits au répertoire Adeli, sauf masseurs-kinésithérapeutes, ensemble des praticiens inscrits au RPPS.

Sources > DREES, Adeli 2017-2021 ; ASIP-Santé RPPS.

Tableau 3 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par type de financeur en 2021

En millions d'euros

	Masseurs-kinésithérapeutes		Orthophonistes		Orthoptistes		Pédicures-podologues	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	4 244	64,4	921	80,8	216	70,3	51	93,2
État	8	0,1	2	0,1	0	0,1	0	0,2
Organismes complémentaires	1 151	17,5	217	19,0	68	22,3	3	4,9
Ménages	1 184	18,0	0	0,0	23	7,3	1	1,6
Ensemble	6 587	100,0	1 140	100,0	307	100,0	55	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins d'orthophonistes en forte hausse en 2021

La consommation de soins d'orthophonie¹ s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2021, en hausse de +18,4 %. Cette hausse intervient après une baisse prononcée des dépenses en 2020 de 14,9 %. Les orthophonistes ont été l'un des secteurs les plus touchés par la baisse d'activité liée à la crise du Covid-19. La forte hausse en 2021 permet de retrouver le niveau d'activité atteint en 2019, mais reste en dessous de la tendance de long terme.

En 2021, deux avenants à la convention nationale des orthophonistes libéraux ont été signés pour mettre à jour leurs tarifs. Le premier (avenant 17) porte sur les conditions de prises en charge des actes de télésoin et le second (avenant 18) modifie en particulier les modalités de facturation des actes de demande de téléexpertise. Ces avenants, portant sur des actes assez peu fréquents, ne modifient pas les principaux tarifs des actes des orthophonistes.

La hausse des dépenses en 2021 est donc essentiellement portée par le volume des soins.

¹ La consommation de soins des orthophonistes a été révisée par rapport à la précédente édition. Au paravant, les comptes de la santé estimaient une consommation d'actes réalisés hors nomenclature

par les orthophonistes. Il est apparu que cette estimation n'avait plus lieu d'être, ce qui conduit à abaisser le niveau des dépenses (annexe 3).

Avant le début de l'épidémie, la consommation de soins des orthophonistes était dynamique, avec une hausse 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, dysorthographe, etc.).

Au 1^{er} janvier 2021, 23 800 orthophonistes de moins de 62 ans exercent en France, dont 85 % dans le secteur libéral. Cette profession est quasi exclusivement féminine.

En 2021, la Sécurité sociale prend en charge 80,8 % de la dépense et l'État 0,1 % (AME et soins à destination des anciens combattants). Les organismes complémentaires financent 19,0 % des soins d'orthophonistes. Le reste à charge des ménages est quasiment nul.

Les soins d'orthoptistes croissent fortement

Les soins d'orthoptistes¹ augmentent fortement, de 33,4 % en 2021 pour s'élever à 0,3 milliard d'euros. L'activité des orthoptistes est extrêmement dynamique : entre 2017 et 2021, le taux de croissance annuelle est en moyenne de 22 % par an.

Ce dynamisme est porté par les dépenses effectuées en centres de santé. En 2017, les centres de santé ne représentaient que 2 % de la dépense ; quatre années plus tard, en 2021, ils constituent 21 % de la dépense.

Ces progressions exceptionnelles résultent aussi d'une 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 des actes n'est pas captée par l'indice de prix qui ne prend en compte que l'évolution du prix des lettres clés.

Au 1^{er} janvier 2021, 5 400 orthoptistes de moins de 62 ans sont recensés en France. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 5,9 % par an en

moyenne entre 2017 et 2021. Un peu plus de la moitié d'entre eux exercent dans le secteur libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession principalement féminine.

En 2021, la Sécurité sociale prend en charge 70,3 % de la dépense et l'État 0,1 %. Les organismes complémentaires financent 22,3 % des soins d'orthophonistes. Le reste à charge des ménages représente 7,3 % de la dépense, soit 23 millions d'euros en 2021. La part à la charge des ménages a légèrement progressé au cours des dix dernières années (+4,4 points entre 2011 et 2021).

Les dépenses de soins de pédicures-podologues progressent rapidement

Les soins de pédicures-podologues qui relèvent du champ de l'Assurance maladie représentent une dépense de 55 millions d'euros en 2021, en hausse de 22,6 % en 2021, après une baisse de 3,4 % en 2020. Ces dépenses sont aussi très dynamiques, en moyenne elles progressent de 12,8 % par an entre 2011 et 2021.

En 2017 (dernière année disponible), 12 900 pédicures-podologues sont recensés en France. La quasi-totalité d'entre eux exercent dans le secteur libéral.

Les dépassements liés aux actes des pédicures-podologues ont baissé de façon marquée ces dernières années : ceux-ci représentent 5,2 % de la dépense en 2021 contre 37,3 % en 2011.

La Sécurité sociale finance 93,2 % de la dépense des pédicures-podologues en 2021. Les organismes complémentaires participent à hauteur de 4,9 % des dépenses et les ménages prennent en charge les 1,6 % restants, soit 1 million d'euros en 2021. La part à la charge des ménages a baissé au cours des dix dernières années, elle représentait, en 2011, 4,3 % de la dépense des pédicures-podologues.

¹ Comme pour les orthophonistes, les dépenses de soins des orthoptistes ont été révisées à la baisse ;

l'estimation des actes hors nomenclature ayant été arrêtée pour cette édition des comptes.

Tableau 4 Dépenses de soins de longue durée des masseurs-kinésithérapeutes*En millions d'euros*

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins liés à la dépendance des masseurs-kinésithérapeutes	415	478	497	512	532	518	542
Évolution (en %)	4,8	4,2	4,0	3,1	3,8	-2,6	4,6

Note > Les soins de longue durée des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas comptabilisés dans les soins courants, détaillés au début de la fiche.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins de longue durée des masseurs-kinésithérapeutes progressent légèrement en 2021

Les masseurs-kinésithérapeutes réalisent des soins dans le cadre de la prise en charge de la dépendance, hors champ de la CSBM. Ces soins de longue durée représentent 0,5 milliard d'euros en 2021. Ils augmentent de 4,6 %, après -2,6 % en 2020. De 2011 à 2021, ils progressent de 2,7 % en moyenne annuelle. Cette croissance élevée tient au vieillissement de la population française et aux incitations au maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance. ■

En 2021, la consommation de soins de dentistes, qui recouvre notamment les soins prothétiques et conservateurs, dispensés en cabinet libéral et en centre de santé, s'élève à 13,9 milliards d'euros (6,1% de la consommation de soins et de biens médicaux). L'activité a été particulièrement soutenue en 2021 (+22,5%), en raison d'un rattrapage des soins après la crise sanitaire et de la mise en œuvre du 100 % santé. En 2021, le reste à charge des ménages pour ces soins s'établit à 14,9 %.

La consommation de soins de dentistes en forte hausse en 2021

En 2021, la consommation de soins de dentistes s'élève à 13,9 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle rebondit nettement : +22,5% en valeur, après - 7,0%. Ce rebond s'explique essentiellement par les volumes (+25,6%, après -9,8% en 2020),

avec vraisemblablement un effet de reports de soins de 2020 sur 2021. En outre, la réforme du 100 % santé sur les prothèses dentaires a contribué à accroître la demande de soins. Cette réforme a également un effet modérateur sur les prix, en raison de l'intégration de 50 nouvelles prothèses dentaires amovibles depuis le 1^{er} janvier 2021 dans le panier 100 % santé.

Tableau 1 Consommation de soins de dentistes

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Soins courants	10 817	11 453	11 707	11 871	12 240	11 379	13 940
Honoraires	10 552	11 182	11 461	11 611	11 950	10 864	13 624
Contrats et assimilés ¹	63	5	5	7	6	9	18
Prise en charge des cotisations	203	266	242	253	283	263	298
DIPA ²						242	0
Évolution (en %)	3,0	3,2	2,2	1,4	3,1	-7,0	22,5
Prix (en %)	1,1	0,7	0,5	0,7	-0,9	3,1	-2,5
Volume (en %)	1,8	2,4	1,7	0,7	4,0	-9,8	25,6

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires et les aides liées à la télétransmission.

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

Lecture > En 2021, la consommation de soins de dentistes s'élève à 13,9 milliards d'euros, dont 13,6 milliards d'euros d'honoraires. Elle progresse ainsi de 22,5 % en valeur.

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

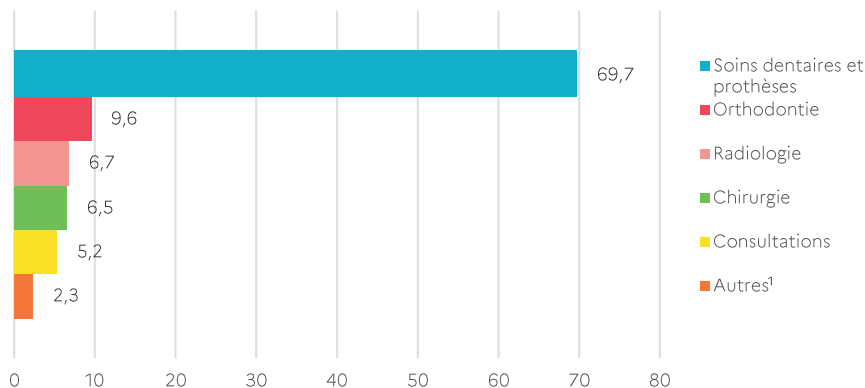
Une hausse des soins dentaires et des prothèses en 2021

Les soins des dentistes sont composés en majorité de soins dentaires (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et de prothèses qui représentent 69,7% de la consommation en 2021 (*graphique 1*). Viennent ensuite l'orthodontie (9,6%), la radiologie (6,7%), la chirurgie (6,5%), et les consultations (5,2%). Les soins prothétiques progressent de 26,3 % en

2021. Ils sont portés en 2021 par un rattrapage des soins ainsi que par la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé. La consommation de prothèses est portée par le dynamisme des volumes ; les prix des prothèses sont en baisse depuis la mise en place du 100 % santé. Depuis le 1^{er} janvier 2021, de nouvelles prothèses amovibles ont été intégrées dans le panier 100 % santé intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

Graphique 1 Répartition des soins de dentistes en 2021

En %



1. Ce poste comprend les forfaits et contrats, la prise en charge des cotisations et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Source > DREES, comptes de la santé.

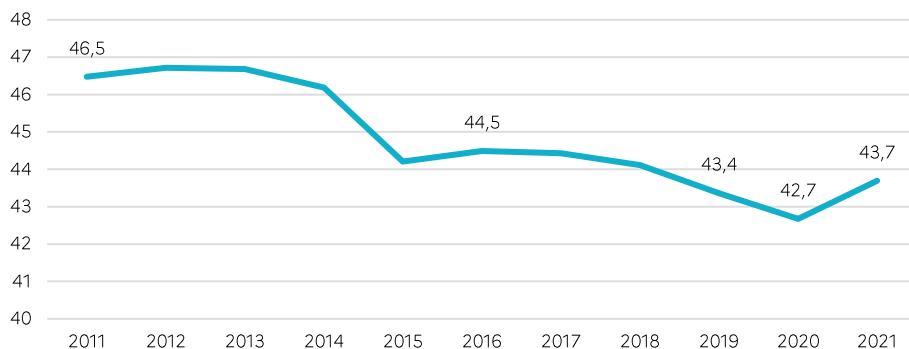
Un taux de dépassement de nouveau en progression

Les dépassements représentent une part importante des honoraires des dentistes, mais sont globalement en baisse depuis une dizaine d'année. Après avoir atteint un point bas en 2020 (42,7%), le taux de dépassement rebondit en 2021, à 43,7 % (+1,0 point) (graphique 2).

Cette augmentation du taux de dépassement moyen est notamment liée à la hausse du nombre de dentistes exerçant en secteur 2, donc ayant la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires. Les stomatologues ont les plus forts taux moyens de dépassement parmi les médecins.

Graphique 2 Évolution du taux de dépassement des soins de dentistes

En %



Note > Le taux de dépassement est défini par le montant total des dépassements rapporté au montant total des honoraires remboursables facturés par les médecins libéraux à honoraires libres (secteur 2).

Source > DREES, comptes de la santé.

Une hausse du nombre de dentistes portée par les salariés autres que ceux exerçant à l'hôpital

Les effectifs des dentistes sont quasiment stables en 2021 (+0,2 % par rapport à 2020, *tableau 2*). Cette progression est principalement portée par les salariés n'exerçant pas à l'hôpital, majoritairement dans des centres de santé.

Entre 2012 et 2021, les effectifs des dentistes ont augmenté de 0,4 % par an en moyenne annuelle. Les effectifs de dentistes libéraux ont très peu augmenté ; la hausse est portée par les autres salariés (+2,7 % en moyenne annuelle). Près de 90 % des dentistes exercent en libéral.

Un recul persistant des soins de dentistes en cabinet libéral

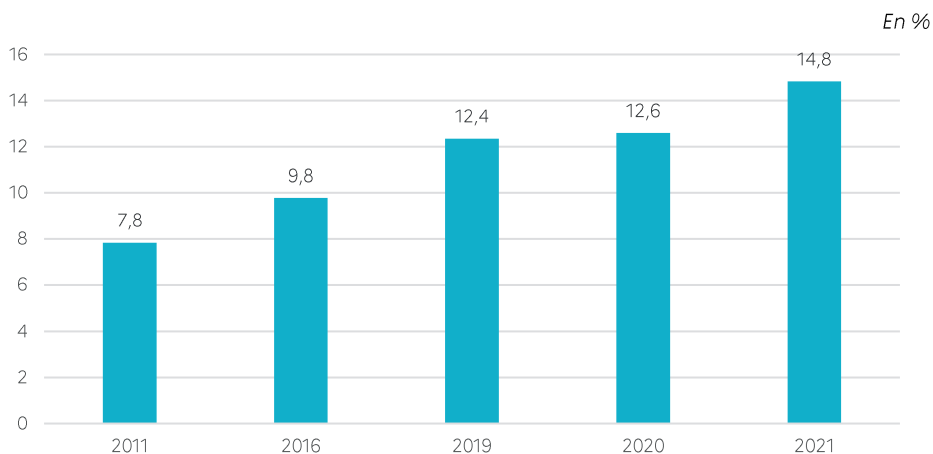
La part des soins dentaires effectués en cabinet libéral diminue depuis 2016 (de 90,2 % en 2016 à 85,2 % en 2021) au profit de ceux réalisés en centre de santé (14,8 % en 2021 contre 9,8 % en 2016) [*graphique 3*]. De fait, le nombre de centres de santé dentaire augmente ces dernières années. Depuis 2015, plusieurs dispositifs incitatifs mis en place par l'Assurance maladie visent à favoriser l'installation des dentistes en centre de santé. L'accord national des centres de santé 2015 permet, par le biais de contrats incitatifs, de maintenir et de favoriser l'installation en zone qualifiée « très sous-dotées » des centres de santé dentaires par le versement d'aides financières.

Tableau 2 Effectif des dentistes

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020/2021 (en %)	Structure 2021 (en %)
Ensemble des dentistes	40 488	40 745	41 221	41 290	41 584	41 980	42 051	+0,2	100,0
Salariés hospitaliers	365	406	464	635	640	649	706	+8,8	1,7
Libéraux et mixtes	36 704	36 822	37 080	36 817	36 996	37 155	37 014	-0,4	88,0
Autres salariés	3 419	3 517	3 677	3 838	3 948	4 176	4 331	3,7	10,3

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Part des soins de dentistes effectués en centre de santé entre 2011 et 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires demeurent les premiers financeurs des soins de dentistes

En 2021, les organismes complémentaires demeurent les principaux financeurs des soins dentaires : ils prennent en charge 44,7 % de la dépense des soins dentaires. Cette part progresse pour la seconde année consécutive (+3,2 points en 2021), du fait notamment de la réforme du 100 % santé.

La part financée par la Sécurité sociale augmente en 2021 de +3,3 points, à 40,3 %, en rai-

son du transfert des dépenses au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers la Sécurité sociale.

Le reste à charge des ménages s'établit à 14,9 % de la dépense, en baisse de 1,4 point par rapport à 2020 (tableau 3).

Les effets de la réforme du 100 % santé en dentaire visant à réduire le reste à charge des ménages se concrétisent en 2021. Ainsi, les paniers proposés par cette réforme connaissent une baisse de leur reste à charge (et même un reste à charge à zéro pour le panier 100 % santé). ■

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de dentistes par type de financeur en 2021

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	5 617	40,3
État	19	0,1
Organismes complémentaires	6 228	44,7
Ménages	2 076	14,9
Ensemble	13 940	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

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 16^e 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.

Hors tests PCR, la consommation des laboratoires de biologie médicale s'élève à 4,9 milliards d'euros; elle rebondit nettement en 2021 (+9,5 % après -1,4 % en 2020). Les ménages financent directement 5,6 % de ces dépenses en 2021.

Avec la poursuite de l'épidémie de Covid-19, les dépenses liées aux tests PCR doublent entre 2020 et 2021, de 1,8 milliard d'euros à 3,8 milliards.

La consommation des laboratoires de biologie médicale rebondit fortement en 2021

Hors dépenses liées aux tests PCR, la consommation d'analyses et de prélèvements¹ rebondit fortement en 2021 : +9,5 % en valeur en 2021, après -1,4 % en 2020. Elle s'établit à 4,9 milliards d'euros en 2021 (tableau 1) ; ce montant est supérieur à celui observé avant la crise sanitaire. Toutes les dépenses des grands groupes d'actes d'analyses rebondissent en 2021. Les analyses de biochimie courante, de protéines sériques et d'hématologie courante sont les principaux groupes contributeurs à la croissance des dépenses de laboratoires en 2021.

Avant la crise épidémique, les dépenses d'analyses de laboratoires hors tests PCR progressaient en moyenne de 0,5 % par an entre 2011 et 2019. Ce rythme de croissance, bien plus faible que celui des autres secteurs de la CSBM, s'explique par une baisse continue du prix des

actes, en moyenne de 2,2 % par an, et par des actions de maîtrise médicalisée (par exemple, des campagnes d'information afin de limiter la prescription du dosage de la vitamine D).

En 2020, la consommation des laboratoires de biologie médicale a diminué de 1,4 %. La baisse de la consommation de soins de médecins, principaux prescripteurs des actes d'analyses, entraîne dans son sillage celle des actes d'analyses hors tests PCR. Les laboratoires ont aussi adapté leur organisation pour répondre à la forte demande de tests PCR avec la mise en œuvre de la campagne de dépistage.

En 2021, les prix des actes de laboratoires hors tests PCR diminuent de 3,6 %². La baisse du prix d'actes d'hématologie, de ferritine et d'exploration lipidique est le principal contributeur à la baisse du prix des actes de laboratoires en 2021. La hausse des dépenses est donc intégralement portée par les volumes (+13,6 % en 2021).

Tableau 1 Consommation d'analyses et de prélèvements de laboratoires de biologie médicale

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Analyses de laboratoires	4 323	4 372	4 433	4 390	4 516	4 455	4 878
Évolution (en %)	2,5	2,2	1,4	-1,0	2,9	-1,4	9,5
Prix (en %)	-2,2	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6	-3,6
Volume (en %)	4,8	3,9	3,0	3,4	4,0	-0,8	13,6
Nombre de laboratoires	3 970	3 889	3 843	3 864	3 888	3 915	3 996

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

¹ Par rapport à la précédente édition, la consommation des laboratoires de biologie médicale a été abaissée : elle exclut maintenant les dépenses liées à la réalisation de tests PCR, afin de se conformer aux définitions utilisées pour les comparaisons internationales. Ces dépenses sont à présent classées

en dépenses de prévention et présentées à la fin de la fiche pour information.

² En 2021, l'indice de prix des laboratoires a été révisé et tient compte maintenant de l'évolution des cotations des principaux actes (annexe 4).

Tableau 2 Répartition des dépenses de laboratoires de biologie médicale par type de financeur en 2021

En millions d'euros

	Dépenses en 2021	Part (en %)
Sécurité sociale	3 410	69,9
État	26	0,5
Organismes complémentaires	1 169	24,0
Ménages	273	5,6
Ensemble	4 878	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Le nombre de laboratoires reste stable, mais la concentration du secteur s'accélère

Le nombre de laboratoires de biologie médicale reste globalement stable entre 2011 et 2021 (*tableau 1*). Cette stabilité s'accompagne d'un mouvement de concentration rapide du secteur autour de grandes sociétés possédant plusieurs laboratoires; d'après la Cour des comptes, le nombre de sociétés exploitant des laboratoires de ville est passé de 2 145 en 2010 à 510 en 2016.

La Sécurité sociale finance 70 % des dépenses de laboratoires de biologie médicale

En 2021, la Sécurité sociale prend en charge 69,9 % du financement de la dépense de laboratoire et les organismes complémentaires 24,0 % (*tableau 2*).

La prise en charge par l'État représente 0,5 % de la dépense. Cette part diminue de 1,8 point entre 2020 et 2021 car les dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS), auparavant prises en charge par l'État, ont été reprises par la Sécurité sociale en 2021.

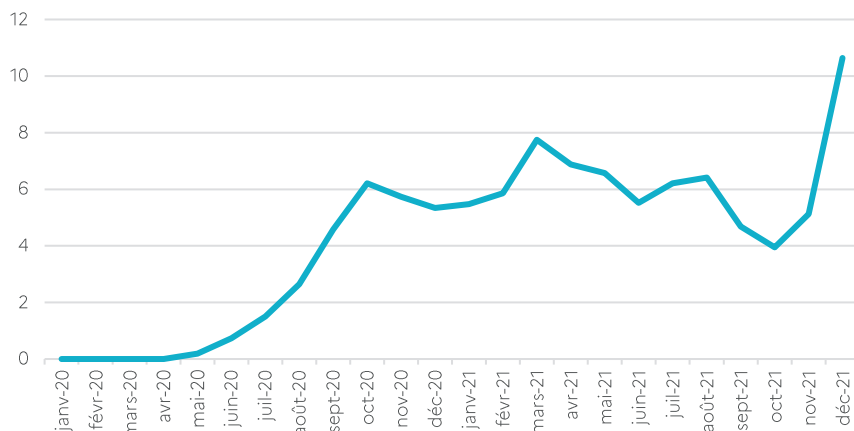
En 2021, le reste à charge des ménages en biologie médicale s'établit à 0,3 milliard d'euros, soit 5,6 % de cette dépense.

Sur les dix dernières années, la structure du financement a évolué : la part prise en charge par les ménages a augmenté de 3,0 points entre 2011 et 2021. À l'inverse, celle des autres financeurs s'est réduite : - 1,8 point pour organismes complémentaires et -1,2 point pour la Sécurité sociale et l'État, entre 2011 et 2021.

En incluant les dépenses de tests PCR réalisées en laboratoire de biologie médicale, la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie serait plus importante et s'élèverait à 81,5 % en 2021.

Graphique 1 Nombre mensuel de tests PCR réalisés en laboratoire en 2020 et 2021

Nombre de tests PCR en millions



Source > Système d'information SI-DEP.

Tableau 3 Dépenses de tests PCR réalisés en laboratoires

En millions d'euros

	2020	2021
Dépenses de prévention	1 776	3 770
Tests PCR	1 649	3 431
Prélèvements des laboratoires pour tests PCR	127	340

Source > DREES, comptes de la santé.

75 millions de tests PCR réalisés par les laboratoires de ville en 2021

Après les deux vagues de 2020, la France a affronté trois vagues épidémiques du virus du Covid-19 en 2021 (la cinquième sur la fin de l'année 2021 et au début 2022). Les règles de distanciation sociale et l'essor de la vaccination ont été accompagnés par une politique de dépistage systématique des personnes ayant été en contact avec des personnes malades. Au cours de l'année 2021, 75 millions de tests PCR ont été réalisés par les laboratoires de ville (*graphique 1*) et près de 11 millions à l'hôpital.

Le nombre de tests atteint un premier point haut au mois de mars 2021, correspondant au pic épidémique de la troisième vague, avec 7,7 millions de tests PCR réalisés en laboratoires. Au mois d'octobre 2021, le nombre de tests diminue avec le reflux épidémique mais aussi avec la fin du remboursement systématique des tests PCR pour les personnes non

vaccinées. Avec la cinquième vague, le nombre de tests PCR en laboratoires rebondit et atteint un second pic avec 10,6 millions de tests PCR effectués au mois de décembre 2021.

Doublement des dépenses liées aux tests PCR en 2021

Les dépenses des tests PCR en laboratoires s'élèvent en 2021 à 3,8 milliards d'euros contre 1,8 milliard en 2020 (*tableau 3*). Les dépenses liées aux prélèvements constituent 10 % de la dépense (hors prélèvements réalisés par des infirmiers, comptabilisés dans la fiche 6) ; les dépenses liées à l'analyse (détection, forfait préanalytique et forfait de transmission des données) les 90 % restants.

La Sécurité sociale a pris en charge 96,6 % de la dépense liée aux tests PCR et les ménages les 3,4 % restants, correspondant aux dépenses de tests PCR effectués après le 15 octobre 2021 par des personnes non-vaccinées. ■

¹ Ces dépenses ne sont pas comptabilisées dans la CSBM, mais dans l'agrégat plus large, la dépense

courante de santé (DCSi) utilisée pour les comparaisons internationales (*fiches 23 et 24*).

Pour en savoir plus

Cour des comptes (2021, octobre). Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

La consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 5,6 milliards d'euros en 2021. Après une baisse de 6,3 % en 2020 du fait de la crise sanitaire, elle rebondit fortement et progresse de 17,7 % en 2021.

Entre 2019 et 2021, les dépenses de transports par ambulance et par taxi ont davantage progressé que celles par véhicules sanitaires légers.

Net rebond des dépenses de transports sanitaires en 2021

En 2021, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 5,6 milliards d'euros en valeur (*tableau 1*). Après deux années de baisse (-6,3 % en 2020 et -0,8 % en 2019), la consommation de transports sanitaires rebondit fortement en 2021 (+17,7 %).

En 2020, les prix des transports sanitaires augmentent nettement (+3,4 %), davantage que les années précédentes (*graphique 1*). Cette hausse est due à la mise en place du dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA), considéré comme un pur effet prix. En 2021, les prix restent pratiquement stables (+0,3 %). L'arrêt de la DIPA (facteur de baisse de prix) est contrebalancé par une revalorisation des tarifs des transports par ambulance et véhicules sanitaires légers (VSL) en mars 2021. Pour les VSL et les ambulances, les tarifs sont fixés via des conventions nationales signées avec l'Assurance maladie. Les réévaluations concernent en particulier :

- L'indemnité kilométrique, pour prendre en charge les surcoûts liés à l'augmentation du prix des carburants ;
- Les forfaits pour trajets courts, qui avaient peu évolué depuis 2015.

Concernant les taxis, les tarifs maximaux sont établis pour chaque département par un arrêté préfectoral.

Entre 2011 et 2017, les dépenses de transports sanitaires progressaient rapidement, en moyenne de 4,4 % par an en valeur.

À compter du 1^{er} octobre 2018, en application de l'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, le coût des transports des patients au sein d'un même établissement ou entre deux établissements est à la charge de l'établissement prescripteur et non plus financé par le secteur ambulatoire. Hors modification de champ, l'évolution des dépenses de transports sanitaires en 2018 et 2019 aurait été comparable à celle observée entre 2011 et 2017 (aux alentours de 4 %).

En 2020, le transport sanitaire a fortement baissé, du fait de la crise sanitaire et des conséquences de la baisse d'activité de soins en ville et à l'hôpital de la baisse de l'activité à l'hôpital consécutive à la déprogrammation de soins. En 2021, les dépenses rebondissent et se situent au-dessus de la tendance de long terme, portées principalement par des facteurs structurels.

¹ Les dépenses de transports sanitaires ont été révisées par rapport à la précédente publication et incluent cette année le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA), en conformité avec les

règles édictées par l'OCDE pour les comparaisons internationales.

² Source: DSS, rapport sur la commission des comptes de la Sécurité sociale 2022.

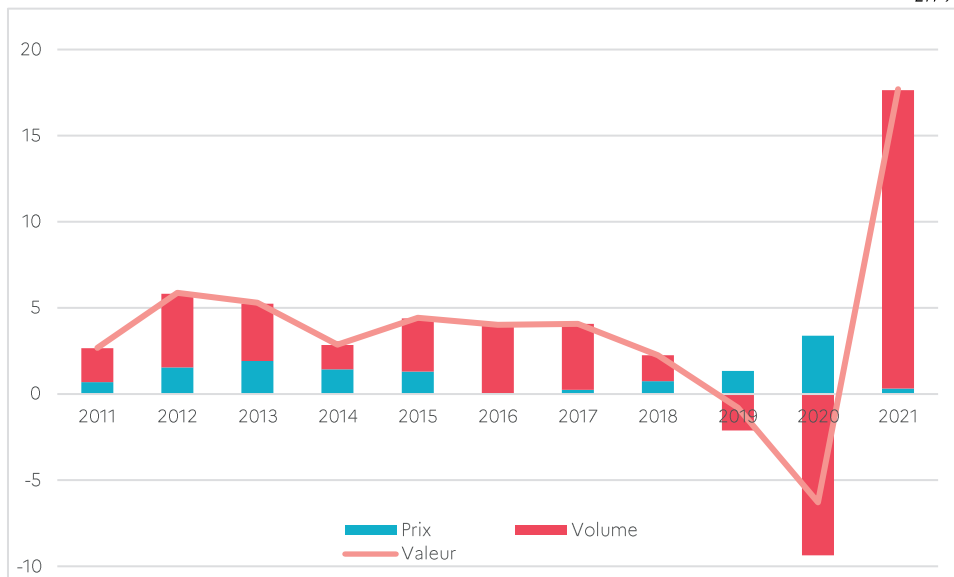
Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble	3 845	4 791	4 986	5 099	5 059	4 741	5 580
Transports sanitaires	3 686	4 634	4 827	4 942	4 905	4 455	5 421
Contrat	159	157	160	157	154	157	156
DIPA ¹						129	3
Évolution (en %)	2,7	4,0	4,1	2,3	-0,8	-6,3	17,7
Prix (en %)	0,7	0,1	0,2	0,7	1,3	3,4	0,3
Volume (en %)	2,0	3,9	3,8	1,5	-2,1	-9,4	17,3

¹ Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité.**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 2021

En %

**Lecture** > En 2021, les volumes de transports sanitaires progressent de 17,3 %.**Source** > DREES, comptes de la santé.

Sur le long terme, trois principaux facteurs contribuent à la progression des dépenses :

- l'accroissement du nombre d'usagers atteints d'affection de longue durée (ALD), exonérés de ticket modérateur. La prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie n'incite pas les patients en ALD à se reporter vers d'autres modes de transport moins coûteux pour l'Assurance maladie (transports en commun, véhicule personnel) ;

- un report du transport par VSL au profit des taxis, dont les tarifs sont en moyenne plus élevés ;
- le vieillissement de la population, qui accroît la demande pour l'usage des transports sanitaires. Dans une moindre mesure, la mise en place des mesures de distanciation sociale a eu un effet sur les dépenses de transports sanitaires. La part des transports partagés en VSL s'est réduite au profit des transports individuels, plus onéreux.

Une hausse d'activité plus prononcée pour les ambulances et les taxis

La consommation de transports sanitaires combine plusieurs modes : les ambulances, les 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 43 % de la dépense de transports sanitaires en 2021 (*graphique 2*). Les trajets en ambulances constituent 36 % de la dépense ; les VSL 15 % et les autres véhicules 3 %. Le reste de la dépense recouvre des contrats et indemnités,

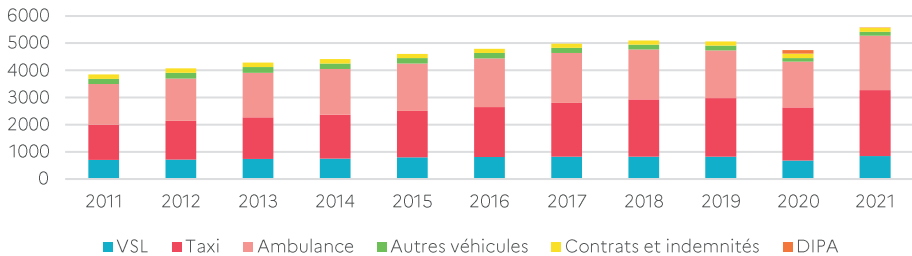
qui représentent 3 % de la consommation en 2021.

Entre 2011 et 2021, la part des dépenses par taxi croît continûment (+10 points), au détriment de la part des VSL (-3 points), des ambulances (-3 points) et des autres véhicules (-2 points).

Entre 2019 et 2021, la dépense par ambulance et taxi progresse davantage (respectivement de +7,0 % et +5,9 % en moyenne annuelle) que celle effectuée par VSL (+1,5 % en moyenne annuelle). Cette moindre croissance des VSL est due au report de soins non urgents dans les établissements de santé durant les vagues épidémiques du Covid-19.

Graphique 2 Répartition de la dépense par mode de transport en 2011 et 2021

En millions d'euros



Lecture > En 2021, les trajets effectués en taxi représentent 2,4 milliards d'euros, soit 43 % du total de la consommation de transports sanitaires.

Source > DREES, comptes de la santé.

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 2021, elle finance 93,5 % de la dépense (*tableau 2*). Cette prise en charge élevée s'explique par la part importante des transports de patients en ALD, exonérés du ticket modérateur. En 2020, les patients en ALD représentaient environ 18 % de la population française mais contribuent à plus de 80 % de la dépense de transports sanitaires.

En 2021, l'État prend en charge 0,4 %¹ de la dépense et les organismes complémentaires 3,0 %. Le reste à charge des ménages s'établit à 3,0 % de la dépense, soit 0,2 milliard d'euros en 2020. En 2021, ce reste à charge augmente de 0,5 point par rapport à l'année précédente.

Sur longue période, la part de la dépense prise en charge par les ménages a augmenté, elle passe de 1,8 % en 2011 à 3,0 % en 2021. A *contrario*, celle des organismes complémentaires a légèrement diminué, de 4,6 % en 2011 à 3,0 % en 2021. ■

¹ Jusqu'en 2020, la complémentaire santé solidaire (CSS) était financée directement par l'État. À partir de 2021, le financement de la CSS est assuré par

l'Assurance maladie. Ce transfert explique la baisse du financement des transports sanitaires par l'État entre 2020 et 2021.

Tableau 2 Répartition des dépenses de transports sanitaires par financeur en 2021

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Assurance maladie	5 218	93,5
État	22	0,4
Organismes complémentaires	170	3,0
Ménages	170	3,0
Ensemble	5 580	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Cour des comptes** (2019, octobre). *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.*
- > **Assemblée Nationale** (2022, février). *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'information sur les transports sanitaires.*

Les biens médicaux

En 2021, la consommation de médicaments en ambulatoire augmente de 4,4 % pour s'établir à 31,1 milliards d'euros, soit 13,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette progression est due à la hausse des volumes (+7,7 %), alors que les prix continuent de baisser (-3,0 %). Les trois quarts de ces dépenses sont prises en charge par la Sécurité sociale. De plus, dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, les tests antigéniques et les vaccinations réalisés en officine de ville représentent 2,3 milliards d'euros.

La consommation de médicaments en ambulatoire augmente pour la première fois depuis 2014

La consommation de médicaments en ambulatoire inclut les délivrances de médicaments en tant que soins de ville, c'est-à-dire ni dans le cadre d'une hospitalisation ni d'un hébergement en établissement médico-social. Elle comprend donc les médicaments délivrés en officine de pharmacie et en rétrocession hospitalière, y compris les remises conventionnelles afférentes. Les rémunérations forfaitaires et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) des pharmaciens d'officine sont également rattachés à cet agrégat, car elles sont principalement rattachables à l'activité de délivrance de médicaments.

En 2021, la consommation de médicaments en ambulatoire s'élève à 31,1 milliards d'euros¹, en hausse de 4,4 % par rapport à 2020 (tableau 1). Elles augmentent pour la première fois depuis 2014, portées par une forte hausse des volumes (+7,7 %) et malgré une baisse des prix de 3,0 %. La progression enregistrée en 2021 est liée à plusieurs facteurs :

- La baisse des prix des médicaments (-3,0 %) est moins forte que les années précédentes : elle était en moyenne de -4,2 % par an entre 2011

et 2019² puis de -6,8 % en 2020 (graphique 1). Pour les médicaments remboursables (92 % des dépenses), elle s'explique par la régulation par les prix, moins importante en 2021 que les années précédentes. Pour les médicaments non remboursables, les pharmaciens de ville fixent librement les prix, et ceux-ci augmentent de 1,5 % en moyenne en 2021.

L'effet prix intègre la progression des remises conventionnelles³ qui viennent minorer les dépenses. Le montant de ces remises a plus que décuplé en dix ans, passant de 0,3 milliard d'euros en 2011 à 3,0 milliards d'euros en 2021. Cette année, elles augmentent encore fortement, de 0,5 milliard d'euros par rapport à 2020⁴, ce qui minore la dépense.

- L'augmentation en volume (+7,7 %) est particulièrement élevée ; elle s'explique notamment par de fortes hausses de consommation sur plusieurs classes thérapeutiques, notamment les traitements du cancer, les immunosuppresseurs et les antidiabétiques. L'effet volume intègre aussi l'innovation, et en 2021 l'arrivée de nouveaux traitements de la mucoviscidose sur le marché officinal (Kaftrio® et Symkevi®) tire les dépenses à la hausse.

¹ Par rapport à la précédente édition, la consommation de médicaments a été révisée et intègre le versement au titre du DIPA (72 millions d'euros versés en 2020). À l'inverse, désormais les dépenses liées aux vaccins sont exclues de la CSBM, afin de se conformer aux définitions européennes utilisées pour les comparaisons internationales. Ces dépenses sont maintenant classées en dépenses de prévention et présentées en fin de fiche.

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.

³ Les remises conventionnelles 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.

⁴ Les remises sur les médicaments délivrés en ville (officines de ville et rétrocession hospitalière) sont comptabilisées au sein de la consommation de soins depuis l'édition 2021 de ce panorama. Sont exclues de ce montant les remises globales, calculées sur les plafonds de chiffres d'affaires des fabricants qui ne sont pas rattachables à un médicament en particulier.

Le nombre global de boîtes remboursables recule de 1 % par rapport à 2020, mais augmente de 2 % hors homéopathie¹.

L'année 2021 a vu la mise en place d'une nouvelle réglementation sur les ruptures d'approvisionnement, un sujet prégnant ces dernières années.

Les honoraires de dispensation (HDD) baissent de 0,6 % cette année, après de fortes hausses en 2019 (avec la mise en place de trois nouveaux honoraires de dispensation pour l'exécution d'ordonnances) puis en 2020 (avec leur revalori-

sation et de nouvelles facturations liées à la délivrance de masques dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19).

Les rémunérations forfaitaires perçues par les officines s'élèvent à 0,1 milliard d'euros et correspondent aux indemnités d'astreinte pour la permanence pharmaceutique et à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Contrairement à celle des médecins, la ROSP des pharmaciens n'a pas de volet prévention : ses deux volets sont « qualité de service et modernisation de l'officine » et « qualité de la pratique ».

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

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble	32 380	31 383	31 356	30 868	30 646	29 817	31 138
Médicaments remboursables	29 648	29 121	29 292	29 232	29 469	29 706	31 656
délivrés en officine, avec prescription	27 201	22 652	22 681	23 213	22 750	22 615	24 412
délivrés en officine, sans prescription ou non présentés au remboursement	870	747	733	716	709	687	722
délivrés en officine, HDD ¹	0	2 702	2 693	2 658	3 525	3 982	3 958
Rétrocédés	1 577	3 019	3 186	2 646	2 485	2 421	2 565
Médicaments non remboursables	2 908	2 806	2 746	2 810	2 573	2 314	2 355
Rémunérations forfaitaires hors HDD	82	331	386	333	242	225	103
Remises	-257	-875	-1 068	-1 508	-1 639	-2 501	-2 978
DIPA ²						72	1
Évolution totale (en %)	0,1	-0,6	-0,1	-1,6	-0,7	-2,7	4,4
Prix (en %)	-2,1	-3,9	-3,3	-4,8	-4,5	-6,8	-3,0
Volume (en %)	2,3	3,4	3,4	3,4	4,0	4,4	7,7

1. Honoraire de dispensation.

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

Note > Les dépenses du Fonds de financement de l'innovation thérapeutique (*glossaire*) relatives aux médicaments rétrocedés sont directement intégrées dans ce poste.

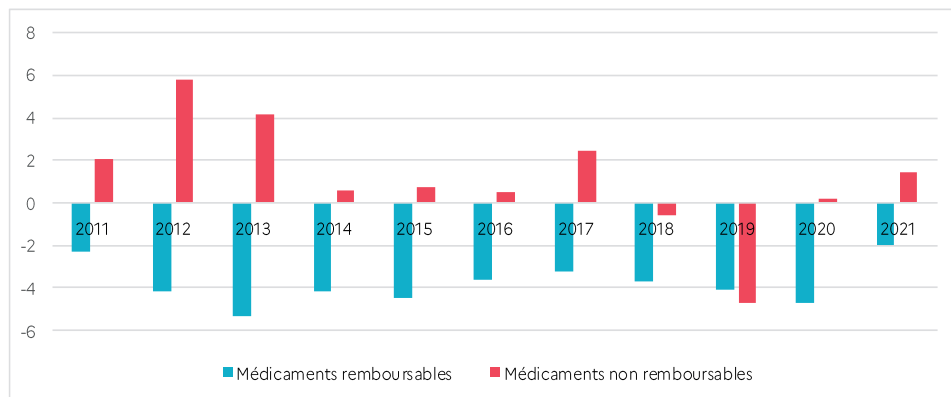
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix.

¹ En janvier 2021, le remboursement des médicaments homéopathiques a été arrêté ; ces médicaments sont

donc passés dans la catégorie des médicaments non remboursables.

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'effet sur les dépenses de l'innovation, souvent coûteuse, n'y est donc pas retracé et fait partie de l'« effet volume ».

Lecture > En 2021, l'indice de prix des médicaments remboursables a diminué de 2,0%.

Champ > France métropolitaine.

Source > Insee.

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 1). Les dépenses non présentées au remboursement s'élèvent à 3,1 milliards d'euros en 2021. Elles sont constituées des médicaments non remboursables pour 2,4 milliards d'euros et des médicaments remboursables (achetés sans prescription ou non présentés au remboursement) 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 cliniques¹ (tableau 3). Ce poste s'élève à 4,2 milliards d'euros en 2021, en forte augmentation par rapport à 2020 (3,5 milliards d'euros en 2020). Ces médicaments de la

« liste en sus », innovants et très coûteux, sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale en plus du forfait d'hospitalisation. Ce montant inclut les médicaments sous le régime dérogatoire de prise en charge de médicaments innovants avant leur autorisation de mise sur le marché (AMM)². Aux dépenses de ces médicaments « en sus » viennent se retrancher des remises conventionnelles spécifiques aux établissements, d'un montant de 1,7 milliard d'euros en 2021.

Près des trois quarts de la dépense prise en charge par la Sécurité sociale

En 2021, la Sécurité sociale³ finance 75,0 % de la dépense de médicaments en ambulatoire (tableau 2).

L'État en prend en charge 0,3 % et les organismes complémentaires 11,4 %. Le reste à charge des ménages représente 13,3 % de la dépense, soit 4,1 milliards d'euros en 2021.

¹ Ces médicaments de la liste en sus ne correspondent qu'à une partie de la consommation de médicaments en établissements : il y a également la délivrance de médicaments hors liste en sus, qui est incluse dans la tarification des actes (GHS) et n'est pas individualisable. Ces médicaments-ci ont ainsi financés « intra-GHS » et non pris en compte dans cette fiche.

² Début juillet 2021, ce régime a été refondu : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et re-

commandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été remplacées par deux nouveaux dispositifs, l'accès précoce et l'accès compassionnel, et ce afin de simplifier et d'accélérer les circuits de mise à disposition sur le marché.

³ Jusqu'en 2020, la complémentaire santé solidaire (CSS) était financée directement par l'État. À partir de 2021, le financement de la CSS est assuré par la Sécurité sociale.

Entre 2011 et 2021, la part des dépenses à la charge des organismes complémentaires a baissé de 4,5 points tout comme celle restant à la charge des ménages (-1,2 point). En parallèle, la part de la Sécurité sociale dans le financement global a progressé de 6,8 points entre 2011 et 2021.

Une stabilité des effectifs de pharmaciens

Au 1^{er} janvier 2021, 73 000 pharmaciens sont en activité et inscrits à l'Ordre des pharmaciens. Sur la période récente, les effectifs sont restés pratiquement stables (en moyenne +0,1% par an entre 2012 et 2021).

Tableau 2 Répartition des dépenses de médicaments par financeur en 2021

En milliards d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	23,4	75,0
État	0,1	0,3
Organismes complémentaires	3,5	11,4
Ménages	4,1	13,3
Ensemble	31,1	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Consommation de médicaments en ambulatoire et de médicaments en sus 2021

En millions d'euros

Consommation de médicaments en ambulatoire et médicaments en sus (y compris remises)									
35 320									
Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises)					Consommation de médicaments en sus (y compris remises)				
31 138					4 182				
Achats de médicaments en ambulatoire (hors remises)				Remises conventionnelles		Médicaments en sus (hors remises)		Remises conventionnelles	
34 115				-2 978		5 927		-1 744	
Dépense présentée au remboursement	31 038	Dépense non présentée au remboursement	3 077	En officine de ville	-2 978	Délivrés à l'hôpital	4 937	À l'hôpital	-1 451
Prestations de la Sécurité sociale	25 667	Médicaments non rem- boursables	2 355						
Prestations de l'État	93	Médicaments rembour- sables non présentés au rembourse- ment ou achetés sans prescription	722			Délivrés en clinique	990	En clinique	-293
Prestations des organismes de base au titre de la CSS	468								
Ticket modéra- teur hors CSS	4 071								
Franchise	636								
Contrat et rémunérations forfaitaires	103								
DIPA	1								

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de prévention s'élèvent à 2,9 milliards d'euros en 2021

Les dépenses de prévention réalisées par les pharmaciens d'officine, comptabilisées en dehors de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), s'élèvent à 2,9 milliards d'euros en 2021. La majorité de ce montant, soit 2,3 milliards d'euros, correspond à des actes réalisés dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, et principalement des tests antigéniques (2,2 milliards d'euros). 82 millions de tests anti-

géniques pour la détection de l'infection au Covid-19 ont été réalisés sur l'année, très majoritairement par des pharmaciens et principalement pendant les différentes vagues de l'épidémie (*graphique 2*). Les pharmaciens de ville ont également réalisé des vaccinations contre le Covid-19, soit en officine soit dans les centres de vaccination, pour un montant de 0,1 milliard d'euros.

Enfin, les dépenses de délivrances de vaccins (hors Covid-19) en officine de ville s'élèvent à 0,6 milliard d'euros en 2021. ■

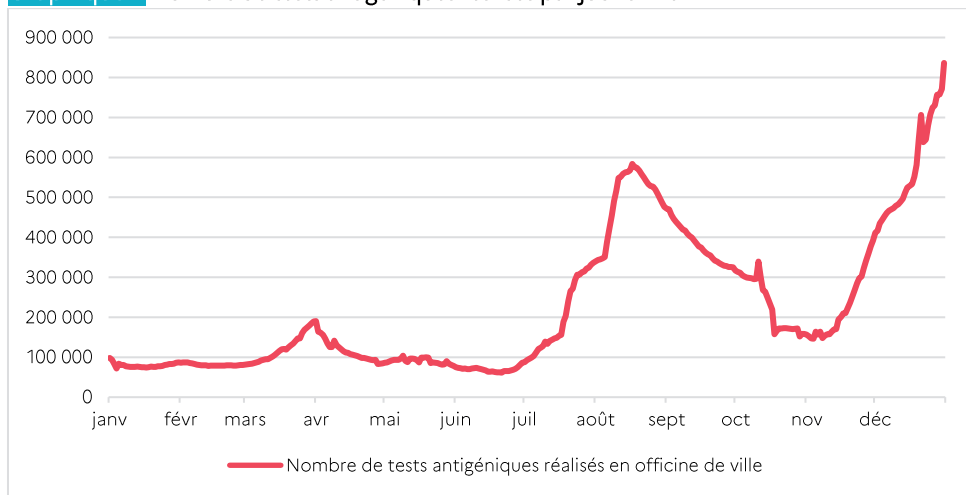
Tableau 4 Les dépenses de prévention réalisées par les pharmaciens de ville

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prévention	546	452	442	555	583	787	2 929
Tests antigéniques réalisés en officine de ville						207	2 172
Vaccination contre le Covid-19 réalisée en officine de ville							138
Vaccination contre le Covid-19 réalisée hors officine de ville							8
Délivrance de vaccins (hors Covid-19)	546	452	442	555	583	580	610

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Nombre de tests antigéniques réalisés par jour en 2021



Note > Cette série quotidienne est lissée par une moyenne mobile centrée hebdomadaire.

Champ > France entière.

Source > DREES, à partir de données SI-DEP et Assurance maladie.

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.

En 2021, les pharmacies d'officine ont déboursé 22,8 milliards d'euros en médicaments (valorisés au prix hors taxes) en achats auprès des laboratoires pharmaceutiques. Cette dépense est essentiellement composée de médicaments remboursables (93%), en forte hausse par rapport à 2020 (+8,4%), principalement du fait du poids croissant des médicaments remboursés à 100 %. La quantité de génériques augmente de 5,4 % en un an. Par ailleurs, le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables se stabilise à 1,7 milliard d'euros après une forte baisse en 2020 (-11,9 %).

Une hausse marquée du chiffre d'affaires des médicaments vendus aux officines en 2021

En 2021, le marché des médicaments vendus aux officines¹ se compose de 13 300 présentations de médicaments différentes et représente un chiffre d'affaires (CA) de 22,8 milliards d'euros² en France métropolitaine, valorisés aux prix catalogue des laboratoires (hors taxes) [tableau 1]. Après deux années d'augmentation modérée du CA des ventes aux officines (+2,5 % en 2018 et +2,0 % en 2019) et une année de quasi-stagnation en 2020 (+0,6 %), le CA est en forte hausse en 2021 (+7,7 %).

Ce marché se compose essentiellement de médicaments remboursables, à hauteur de 82 % du nombre de présentations et de 93 % du chiffre d'affaires. Les ventes aux officines de médicaments remboursables augmentent en 2021, atteignant un montant de 21,1 milliards d'euros. Après une période de baisse, entre 2012 et 2015, puis de stagnation, à 18,0 milliards d'euros entre 2015 et 2017, ces ventes augmentent continuellement depuis. Le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables maintient, en 2021, son niveau de 1,7 milliard d'euros, après la baisse enregistrée en 2020 (-11,9 %).

Tableau 1 Ventes de médicaments aux officines

En milliards d'euros

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble des médicaments	20,9	20,4	20,0	20,0	20,1	20,1	20,6	21,0	21,2	22,8
Évolution (en %)	-2,4	-2,3	-2,0	0,1	0,2	0,3	2,5	2,0	0,6	7,7
Médicaments non remboursables	2,0	2,0	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7
Évolution (en %)	6,6	-3,0	-3,0	7,1	2,1	1,6	-4,8	-5,5	-11,9	-0,8
Médicaments remboursables	18,9	18,4	18,1	18,0	18,0	18,0	18,6	19,1	19,5	21,1
Évolution (en %)	-3,3	-2,2	-1,9	-0,6	-0,1	0,1	3,3	2,8	1,9	8,4

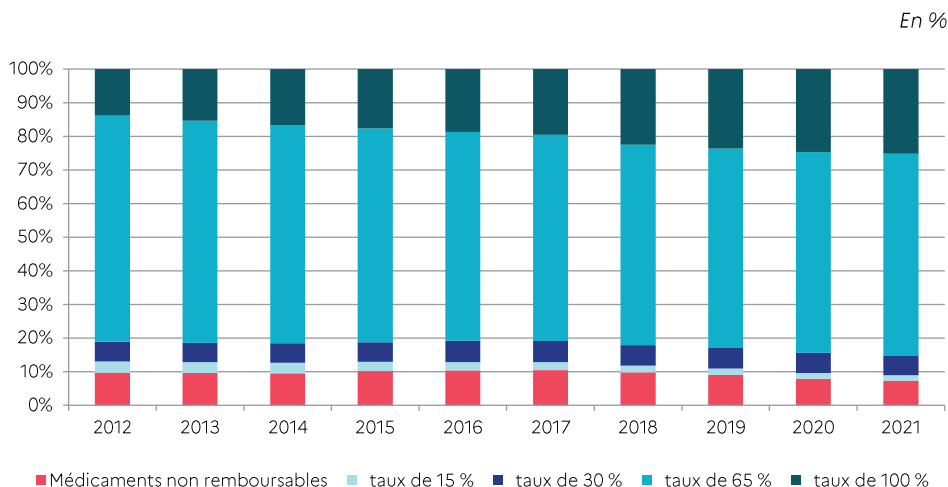
Champ > Ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; traitements DREES.

¹ L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants en France métropolitaine : 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, hors remises commerciales et hors

marges des pharmaciens. Ils ne comprennent pas les ventes de médicaments rétrocedés, i.e. délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires.

² Ce chiffre, couvrant les ventes au prix fabricant hors taxes aux officines diffère de celui de la consommation totale présenté en fiche 11. Par ailleurs, son champ est réduit à la France métropolitaine et exclut notamment les rétrocessions hospitalières.

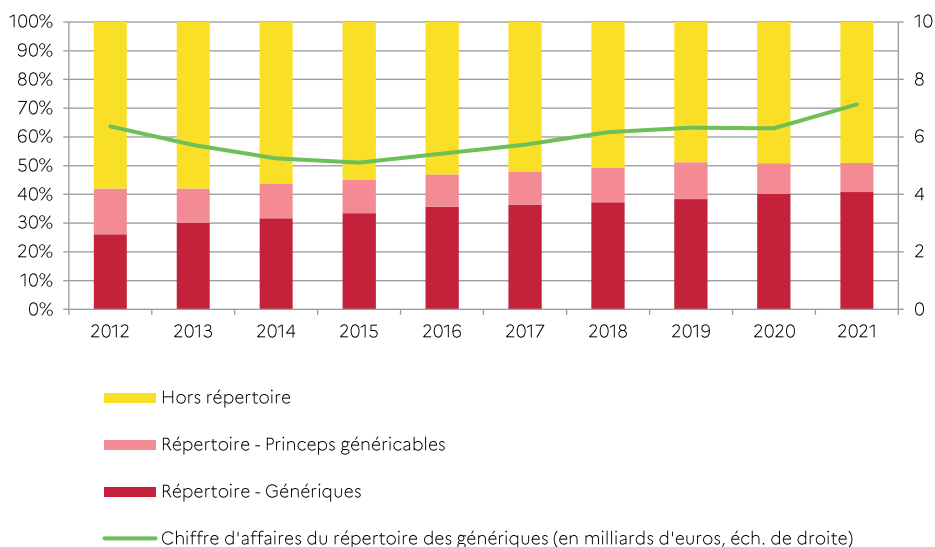
Graphique 1 Parts de marché des médicaments vendus aux officines selon leur taux de remboursement

Note > Les parts de marché sont calculées sur le chiffre d'affaires.

Lecture > En 2021, les médicaments remboursés à 100 % représentent 25,2 % du marché.

Champ > Ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

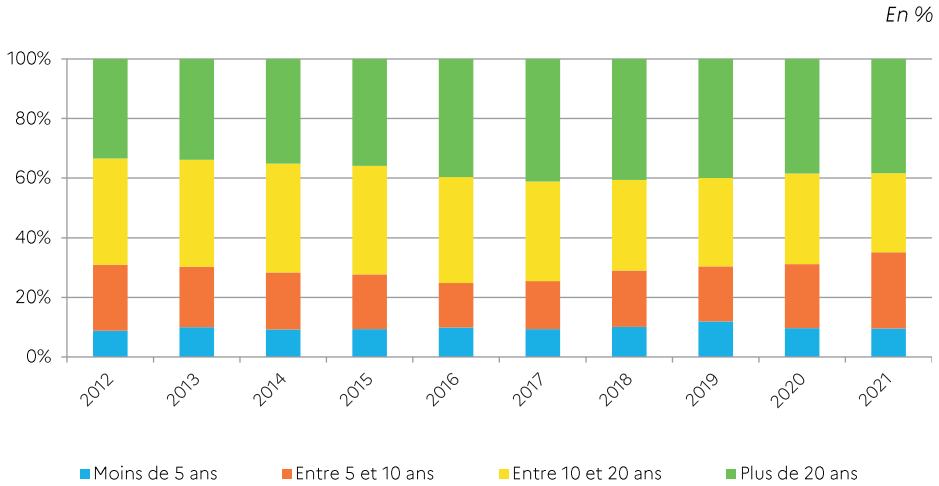
Source > GERS ; traitements DREES.

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

Lecture > En 2021, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 51% du nombre de boîtes vendues, dont 40,9% pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 7,1 milliards d'euros en 2021.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; traitements DREES.

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

Note > L'âge du médicament est calculé au 31 décembre de l'année considérée. En raison d'une remontée 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 2021, 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 ; traitements DREES.

Une forte hausse des ventes de médicaments remboursés à 100 % en 2021

Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, connaît une forte hausse en 2021 (+9,7 %, soit 504 millions d'euros) et représente 25,2 % du chiffre d'affaires total. Cette hausse s'explique en partie par l'augmentation du chiffre d'affaires de médicaments anticancéreux et de médicaments de défense du système immunitaire (anticorps monoclonaux). La part de marché de ces médicaments a doublé depuis 2011, passant de 13,8 % en 2012 à 25,2 % en 2021 (*graphique 1*).

Les médicaments remboursés au taux de 65 %, dont le service médical rendu est considéré comme majeur ou important, représentent 60 % du chiffre d'affaires total en 2021. La vente de ces médicaments aux officines augmente de 8,4 % (soit 1 milliard d'euros) entre 2020 et 2021. Les chiffres d'affaires des médicaments rem-

boursés à 15 % et à 30 % augmentent de 4,8 % chacun, à la suite notamment de l'augmentation du nombre de prescriptions de certains médicaments traitant de la prostate, de maladies musculaires (fibroses) et de maladies de peau (psoriasis).

Une progression modeste des génériques

En 2021, dans un marché en expansion, le nombre d'unités vendues de médicaments génériques s'élève à près de 993 millions de boîtes vendues, soit une part relativement stable sur un an des boîtes de médicaments du champ remboursable (40,9 % en 2021 contre 40,2 % en 2020) mais en hausse de près de 15 points depuis 2012. Ils représentent, par ailleurs, 80 % des unités vendues pour les médicaments du répertoire générique¹ (*graphique 2*). Entre 2012 et 2021, la part du nombre de boîtes de principes génériques a, en revanche, diminué de 15,9 % à 10,1 % des médicaments remboursables.

¹ Il est composé des médicaments de références (princeps génériques) et de ses médicaments génériques associés.

Au total, en 2021, les médicaments du répertoire générique représentent, en nombre de boîtes, 51 % des médicaments remboursables et un tiers du chiffre d'affaires (soit 7,1 milliards d'euros). Si la part du répertoire générique en nombre de boîtes parmi les médicaments remboursables a augmenté de 9 points depuis 2012, celle en CA est relativement stable depuis 2017. Par ailleurs, les médicaments génériques soumis au mécanisme du tarif forfaitaire de remboursement, dont le remboursement se fait sur la base d'un tarif unique pour tous les médicaments (génériques et princeps) appartenant à ce groupe générique, représentent un chiffre d'affaires de 1,5 milliard d'euros, soit 7,3 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments remboursables et 21,7 % du chiffre d'affaires du répertoire des génériques.

Une part de marché accrue des molécules plus récentes

En 2021, les médicaments âgés¹ de plus de vingt ans représentent 38,4 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (*graphique 3*), suivis par ceux mis sur le marché depuis dix à vingt ans (27 % du marché).

Les médicaments de moins de dix ans comptent pour plus de 35 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus aux officines, en progression constante depuis 2016 (24,8 % cette année-là). Néanmoins, cette part reste inférieure aux 40 % observés en 2007. ■

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2021, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance maladie pour 2022.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (juin 2021). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2020, prévisions 2021*. Éclairage « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2020 », p. 128-131.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2021, décembre). Rapport d'activité 2020.

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.

En 2021, la consommation de soins d'optique s'élève à 7,2 milliards d'euros. Elle représente 3,2 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux. Elle augmente de 15,8 % par rapport à l'année précédente, après une baisse de 8,9 % en 2020. La part du reste à charge des ménages baisse en 2021 de 0,8 point pour s'établir à 24,1 % de la dépense.

La consommation d'optique médicale rebondit vivement en 2021

La consommation d'optique médicale rebondit vivement en 2021 (+15,8 % après -8,9 %) et s'établit à 7,2 milliards d'euros. Cette croissance soutenue des soins d'optique est portée majoritairement par l'augmentation du volume de soins (+15,2 %). L'effet de ciseau sur

2020 et 2021 s'explique principalement par l'effet de la crise sanitaire. La réforme du 100 % santé semble pour sa part avoir eu un effet limité sur la consommation en optique médicale, car l'augmentation des dépenses d'optique est portée par le panier à tarif libre. Le panier 100 % santé, dont le reste à charge est réglementé, ne connaît qu'une légère augmentation en 2021. (fiche 15).

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Consommation totale	5 693	6 181	6 091	6 362	6 792	6 185	7 159
Évolution (en %)	4,7	0,6	-1,4	4,4	6,8	-8,9	15,8
Prix (en %)	-0,1	-0,6	0,1	1,2	0,6	0,6	0,5
Volume (en %)	4,8	1,2	-1,5	3,2	6,2	-9,5	15,2

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

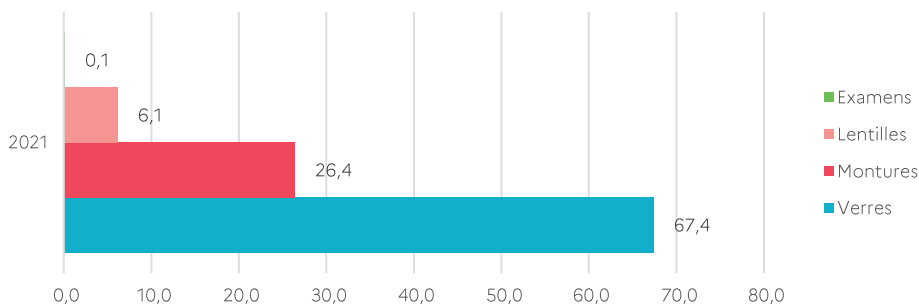
Les verres représentent 67,4 % de la consommation d'optique médicale

La structure de la consommation d'optique médicale reste relativement stable en 2021 : les

verres représentent 67,4 % de la dépense, les montures 26,4 %, les lentilles et les examens 6,1 % de la dépense (graphique 1). La quasi-totalité de ces dépenses (97,9 %) est réalisée auprès des opticiens (graphique 2).

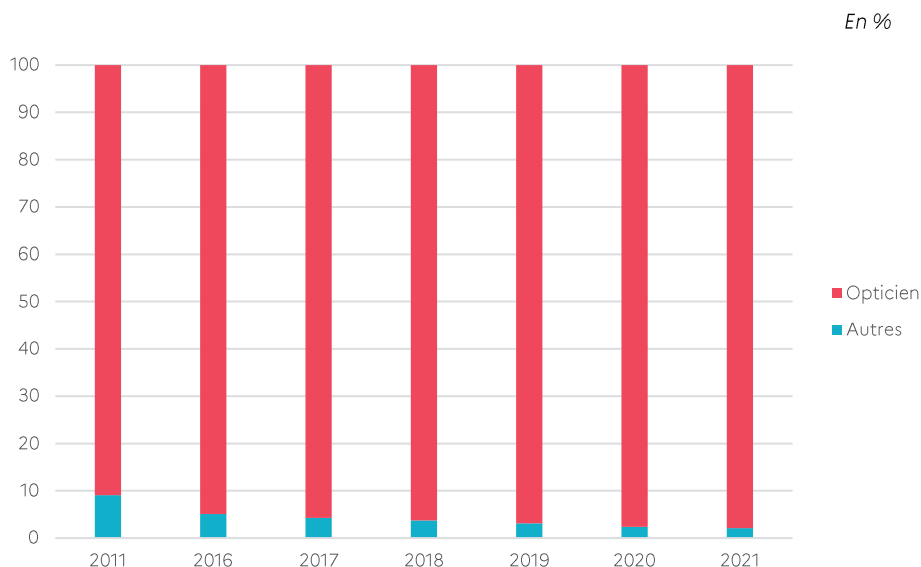
Graphique 1 Répartition de la consommation d'optique médicale en 2021

En %



Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Part de la consommation d'optique médicale par fournisseur

Note > Les principaux autres lieux d'exécution sont des achats directs auprès de fabricants de produits d'optiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires financent près des trois-quarts de la consommation d'optique médicale

Les organismes complémentaires prennent en charge 71,2 % de la dépense d'optique médicale (tableau 2) et en restent ainsi les principaux financeurs. Cette part est en légère hausse par rapport à 2020 (+0,3 point).

Parallèlement, le reste à charge des ménages diminue (-0,8 point), à 24,1 %.

L'État et la Sécurité sociale financent 4,8 % de la dépense d'optique médicale. L'année 2021 est marquée par le transfert des dépenses au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers la Sécurité sociale, la répartition de leur prise en charge respective s'en trouve modifiée en conséquence. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de soins d'optique par type de financeur en 2021

En milliards d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	0,3	4,8
État	0,0	0,0
Organismes complémentaires	5,1	71,2
Ménages	1,7	24,1
Ensemble	7,2	100

Source > DREES, comptes de la santé.

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 consommation de soins et de biens médicaux (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.

La consommation de biens médicaux hors optique médicale représente 12,1 milliards d'euros en 2021. Elle progresse de 7,8 % par rapport à l'année dernière, principalement à cause de la montée en flèche des dépenses d'audioprothèses (+60,0 % en 2021).

La participation des organismes complémentaires au financement de ces biens s'est fortement accrue entre 2020 et 2021 (+4,2 points), en lien avec l'entrée en application complète de la réforme du 100 % santé pour les audioprothèses.

La consommation de biens médicaux hors optique augmente fortement en 2021

La consommation de biens médicaux hors optique médicale¹ consommée en ville augmente de 7,8 % en 2021, pour un montant de 12,1 milliards d'euros (*tableau 1*).

La consommation de ce poste a toujours été très dynamique. Entre 2011 et 2019, elle a progressé en moyenne de 5,1 % par an.

En 2020, la consommation augmente de 9,9 %. Cette forte hausse des dépenses s'explique principalement par les achats de masques par les ménages pour répondre à l'obligation de porter un masque lors de leurs déplacements. Ces achats de masques (chirurgicaux, FFP2 et FFP3) par les ménages sont estimés à 0,9 milliard d'euros² en 2020.

En 2021, le dynamisme de la consommation de biens médicaux est cette fois dû à la montée en flèche des dépenses d'audioprothèses (+60,0 % en 2021) en lien avec la réforme du 100 % santé.

Une très forte croissance des dépenses d'audioprothèses

Les matériels, aliments et pansements représentent les deux tiers de la dépense en autres biens médicaux ; les orthèses et prothèses 17 % ; les audioprothèses 17 % et les véhicules pour personne handicapée (VHP) les 2 % restants.

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), les dispositifs de maintien à domicile (lits médicaux, perfusions, etc.) ainsi que les masques chirurgicaux et FFP2. Les dépenses de ce poste diminuent en valeur de 2,5 % en 2021. La forte baisse du prix des masques (-82 % entre 2020 et 2021) entraîne une diminution en valeur des dépenses de masques achetés par les ménages (de 0,9 milliard d'euros en 2020 à 0,5 milliard en 2021).

¹ Le poste des « autres biens médicaux hors optique médicale » a été révisé par rapport à la précédente édition et inclut cette année les dépenses de masques chirurgicaux et FFP2.

Ce poste, très hétérogène, inclut environ 4 000 références de la liste des produits et prestations (LPP), à l'exclusion de l'optique médicale (*fiche 14*). La dépense d'optique médicale représente, en 2021, 37,1 % 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 consom-

mée 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 2021, 2,2 milliards d'euros. Les tests PCR et antigéniques ainsi que les vaccins ne sont pas inclus dans la consommation de biens médicaux, mais dans les dépenses de prévention, en cohérence avec les définitions internationales.

² Les achats de masques pris en compte dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) excluent les achats de masques effectués par les entreprises privées, considérés comme de la consommation intermédiaire. Ces achats sont estimés en 2020 à 1,4 milliard d'euros.

Tableau 1 Consommation des biens médicaux, hors optique médicale

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Consommation totale	6 863	9 140	9 504	9 915	10 248	11 261	12 113
Matériels, aliments et pansements	4 578	6 141	6 350	6 593	6 820	7 950	7 751
Prothèses, orthèses	1 304	1 729	1 796	1 856	1 934	1 826	2 087
Audioprothèses	822	1 081	1 158	1 254	1 257	1 263	2 021
Véhicules pour handicapé physique	159	188	198	212	237	223	257
Évolution (en %)	6,7	6,2	4,0	4,3	3,4	9,9	7,8
Prix (en %)	0,1	-0,3	-0,1	0,4	0,2	5,2	-15,6
Volume (en %)	6,6	6,5	4,1	3,9	3,1	4,5	27,7

Source > DREES, comptes de la santé.

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. En 2020, les dépenses baissent de -5,6 % en lien avec les déprogrammations d'actes chirurgicaux en établissements de santé avec la crise sanitaire. Les dépenses rebondissent en 2021 (+14,3 %), avec probablement un effet de rattrapage de l'année 2020.

Les « audioprothèses » rassemblent tous les appareils auditifs correcteurs de surdité. Leur consommation progresse très fortement en 2021, de 60,0 % (après +0,5 % en 2020). Cette montée en flèche s'explique par la pleine entrée en application de la réforme du 100 % santé (fiche 15).

Enfin, les dépenses en véhicules pour personne handicapée (VHP) augmentent de 14,1 % en 2021, après -6,1 % en 2020 et retrouvent leur tendance de long terme.

En 2021, certains biens médicaux ont connu une baisse de prix prononcée. C'est le cas pour les masques (-82 %), mais aussi, dans une moindre mesure, pour les audioprothèses (-2,9 %). À l'inverse, les évolutions des prix restent très contenues pour les autres biens médicaux : -0,2 % en 2021 pour les matériels, aliments et pansements hors masques ; +0,5 % pour les orthèses et prothèses ; +0,3 % pour les VHP.

Les deux tiers de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

En 2021, les biens médicaux hors optique médicale sont pris en charge à 67,9 % par la Sécurité sociale, 0,3 % par l'État et 18,6 % par les organismes complémentaires (tableau 2). Les ménages financent les 13,3 % restants (1,6 milliard d'euros en 2021).

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 18,8 % contre 10,1 % en 2021).

Entre 2011 et 2021, la part à la charge des ménages a baissé de 2,4 points (graphique 1) et celle de la Sécurité Sociale de 2,8 points. Ces baisses de prise en charge ont été compensées par la hausse de la contribution des organismes complémentaires (+5,9 points entre 2011 et 2021). Cette hausse de la participation des organismes complémentaires s'est principalement produite entre 2020 et 2021 (+4,2 points). En effet, la réforme du 100 % santé pour les audioprothèses prévoyait une hausse de la participation des organismes complémentaires pour les produits sans reste à charge. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux, hors optique médicale, par type de financeur en 2021

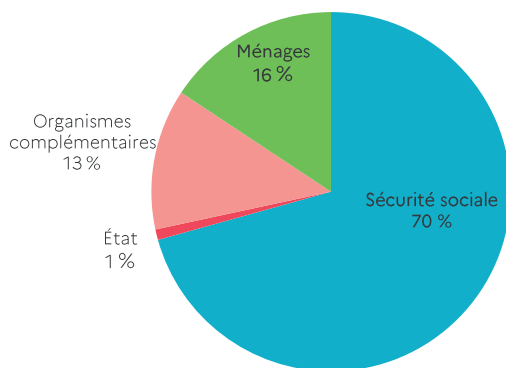
En millions d'euros

	Ensemble des biens médicaux hors optique		Matériel, aliments et pansements		Prothèses, orthèses, audioprothèses et VHP	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 222	67,9	6 401	82,6	1 821	41,7
État	31	0,3	24	0,3	7	0,2
Organismes complémentaires	2 253	18,6	541	7,0	1 713	39,3
Ménages	1 606	13,3	785	10,1	822	18,8
Total	12 113	100,0	7 751	100,0	4 362	100,0

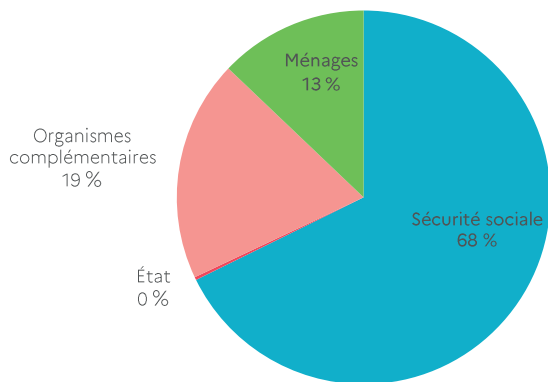
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux par type de financeur
a. En 2011

En %



b. En 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, l'offre 100 % santé poursuit sa montée en charge pour les trois postes audioprothèses, optiques et dentaires. Associés à un reste à charge pour les ménages nul ou faible, les produits encadrés par la réforme du 100 % santé voient leurs parts de marché croître en 2021. Les prothèses dentaires du 100 % santé ont désormais la préférence des ménages et continuent de progresser. Représentant un quart de la dépense en 2021, les prothèses auditives du 100 % santé progressent à un rythme rapide depuis la mise en place de la réforme. En revanche, en optique médicale, la part des équipements du 100 % santé, bien qu'en hausse, reste faible en comparaison des équipements aux tarifs libres. Les restes à charge des ménages pour les trois postes concernés demeurent supérieurs au reste à charge global des ménages sur la CSBM.

La mise en place du 100 % santé

Le dispositif du 100 % santé vise à réduire le renoncement aux soins grâce à la baisse des restes à charge des patients dans trois domaines : les prothèses dentaires, l'optique et les aides auditives. Pour ces trois secteurs, le renoncement aux soins était élevé avant cette réforme, du fait de restes à charge élevés pour les ménages.

Mise en place progressivement¹, à compter de janvier 2019, avec des calendriers propres à chacun des trois postes, cette offre est accessible aux personnes ayant souscrit un contrat de complémentaire santé responsable ou bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (CSS). Pour chacun de ces postes, ont été créés des paniers dits « 100 % santé » regroupant des prestations de soins et d'équipements qui doivent, à terme, être intégralement remboursées par l'Assurance maladie et par les organismes complémentaires, sans participation des ménages. Les patients restent libres de choisir ou non un équipement du panier 100 % santé.

Les aides auditives, premières cibles de la réforme du 100 % santé

En audiologie, la réforme a été mise en place dès le 1^{er} janvier 2019 par un plafonnement progressif des prix de vente sur les produits 100 % santé.

Le panier 100 % santé comprend un large éventail d'aides auditives (intra-auriculaires, à écouteur déporté ou contours d'oreille) et de garanties associées. Les aides auditives sont regroupées en deux catégories :

- la classe I correspondant à l'offre 100 % santé, soit les équipements sans reste à charge pour les patients ;

- la classe II correspondant aux équipements à prix libre (hors 100 % santé).

Depuis le 1^{er} janvier 2020, tous les audioprothésistes doivent obligatoirement proposer un devis comprenant au moins une offre 100 % santé.

Des équipements d'optique regroupés en deux classes

Dans le secteur de l'optique, la réforme a été mise en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2020. Depuis cette date, chaque opticien doit obligatoirement réaliser un devis normé proposant une offre 100 % santé. 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 dont les tarifs sont libres avec une prise en charge des montures dans la limite de 100 euros par les organismes complémentaires.

Un panier 100 % santé dentaire élargi en 2021

Pour le secteur dentaire, la mise en place de la réforme a débuté en avril 2019. Au 1^{er} 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 en couronnes dentaires. À compter du 1^{er} janvier 2021, le 100 % santé en dentaire est élargi aux prothèses amovibles. Il existe trois paniers pour les prothèses dentaires :

- un panier 100 % santé au sein duquel les couronnes, bridges et prothèses amovibles sont intégralement remboursés ;

¹ La réforme fait l'objet de l'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019, complétée par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à

garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

- Un panier « au tarif maîtrisé » qui intègre également 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 élevé.

La consommation d'audioprothèses augmente fortement en 2021

Les dépenses d'audioprothèses ont augmenté de 60 % en 2021, contre +4,9 % en moyenne entre 2011 et 2020. Elles s'établissent à 2,0 milliards d'euros.

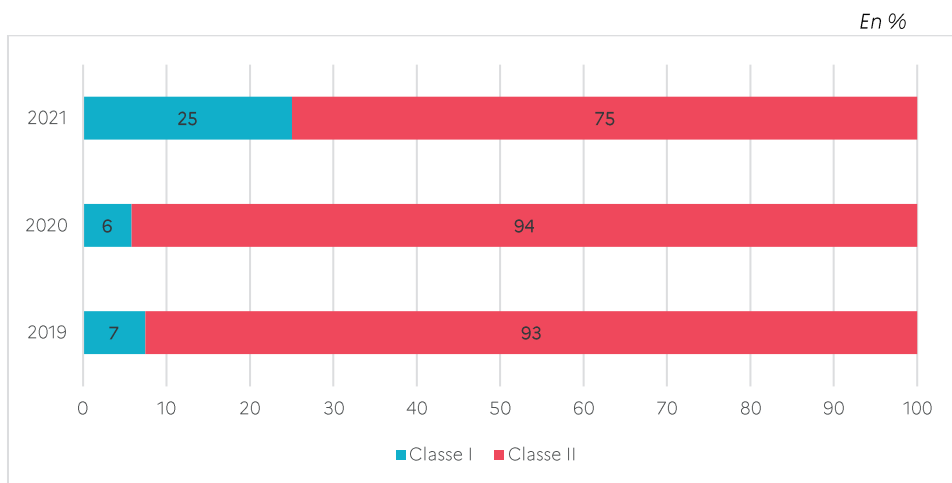
Cette hausse des dépenses d'audiologie en 2021 est principalement portée par le panier

100 % santé (classe I) dont la consommation est multipliée par 7, passant de 70 millions d'euros en 2020 à 510 millions d'euros en 2021. La consommation d'audioprothèses à tarif libre (classe II) est également dynamique (+27 % en 2021).

Ainsi, la part des audioprothèses de la classe I du 100 % santé augmente fortement en 2021 : elle représente 25 % de la consommation, contre 6 % en 2020 (*graphique 1*).

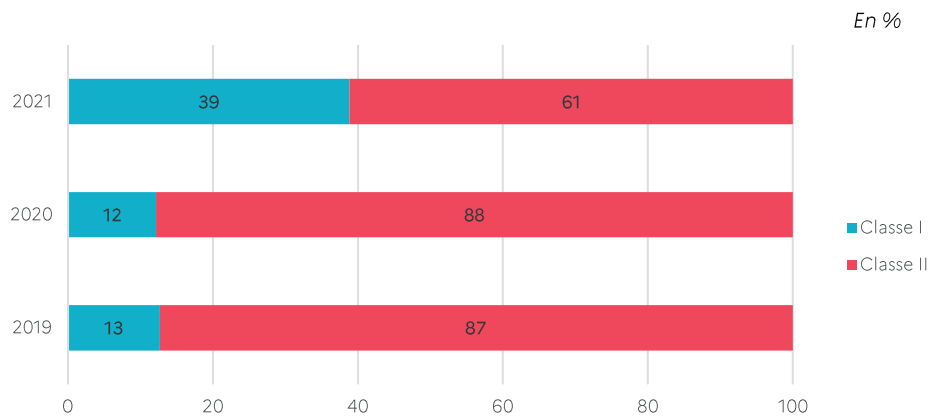
Alors qu'ils ne constituent que 25 % de la dépense, les appareils auditifs du poste 100 % santé représentent, en 2021, 39 % du nombre d'appareils consommés. Ces appareils sont en effet moins chers que ceux de la classe II à « tarif libre ».

Graphique 1 Répartition de la consommation de prothèses auditives par type de panier entre 2019 et 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition par type de panier du nombre d'appareils d'aide auditive vendus entre 2019 et 2021



Source > Direction de la Sécurité sociale (DSS).

Des équipements 100 % santé entièrement remboursés

Les parts de la consommation d'audioprothèses à la charge des ménages varient fortement entre les deux paniers.

Le reste à charge à charge des ménages estimé en 2020 pour les produits de la classe I était faible mais non nul (10 %). En 2021, la Sécurité sociale et les organismes complémentaires prennent désormais en charge la totalité de la dépense, si bien que le reste à charge des ménages sur ce poste devient effectivement nul en 2021. Après un recul en 2020, la part des orga-

nismes complémentaires dans la prise en charge du panier 100 % santé progresse nettement en 2021 (+33 points). Ils deviennent ainsi les premiers financeurs des audioprothèses du panier de la classe I avec 70 % de la dépense. La part financée par la Sécurité sociale et l'État¹ diminue de 23 points en 2021 et représente 30 % de la dépense.

Pour les audioprothèses au tarif libre, les ménages prennent en charge 54 % de la dépense totale, ce qui représente un reste à charge de 822 millions d'euros en 2021 (tableau 1).

Tableau 1 Répartition de la consommation d'audioprothèses par panier et financeur en 2021

En millions d'euros

	Total audioprothèses		Classe I 100 % santé		Classe II Tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	449	22	154	30	296	20
État	0	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	750	37	352	70	397	26
Ménages	822	41	0	0	822	54
Total	2 021	100	506	100	1 515	100

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ La participation de l'État est nulle en 2021.

Le 100 % santé demeure marginal dans l'optique

En 2021, la consommation totale d'optique médicale atteint 7,2 milliards d'euros, en augmentation de 16 % par rapport à 2020. Cette hausse des dépenses d'optique est majoritairement portée par le panier B au « tarif libre ». Les dépenses du panier au tarif libre progressent de +900 millions entre 2020 et 2021 contre +70 millions pour le panier 100 % santé. La part du 100 % santé dans le total de la consommation

d'optique médicale reste encore très minoritaire (5 % de la dépense en 2021) [graphique 3].

Le recours aux équipements du 100 % santé est un peu plus fréquent pour les verres que pour les montures. Les verres du panier A représentent 16 % des équipements consommés, contre 13 % pour les montures (graphique 4). En nombre d'équipements, la part des verres du panier 100 % santé augmente légèrement en 2021 tandis qu'elle reste stable pour les montures.

Graphique 3 Répartition de la consommation d'optique médicale par type de panier

En %

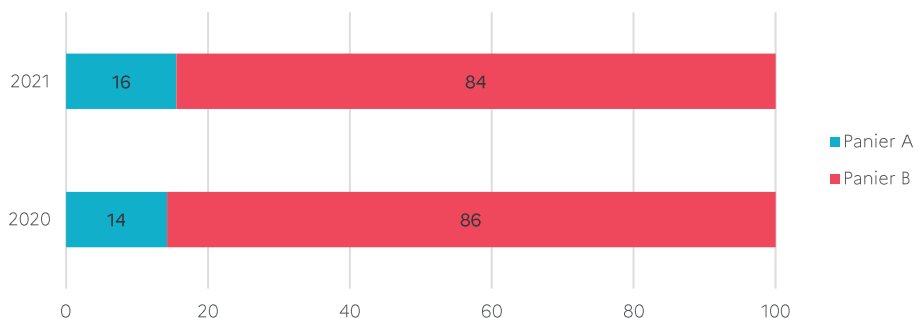


Source > DREES, comptes de la santé.

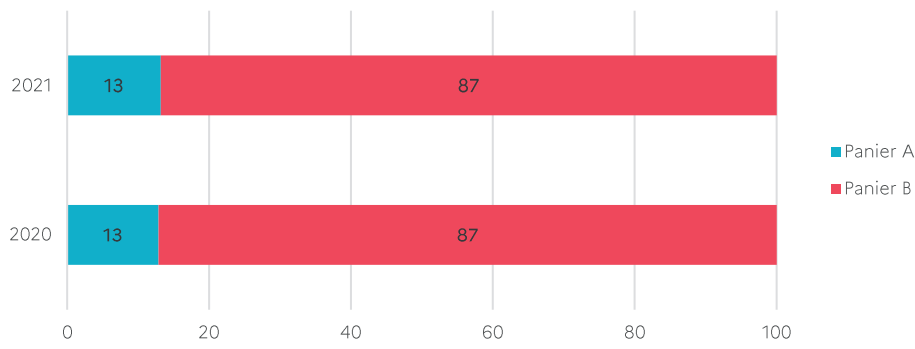
Graphique 4 Répartition par type de panier du nombre de verres et de montures vendus en 2020 et 2021

En %

a. Verres



b. Montures



Source > Direction de la Sécurité Sociale (DSS).

En 2021, le reste à charge du panier A demeure nul

La Sécurité sociale finance plus de la moitié (54 %) de la consommation du panier 100 % santé (tableau 2), du fait notamment de l'intégration du fonds CSS dans les dépenses de la Sécurité sociale (fiche 22) ; le reste de la dépense

est financé par les organismes complémentaires (46 %).

Sur les équipements du panier B au tarif libre, le reste à charge des ménages s'élève à 25 % de la dépense. Les organismes complémentaires financent 72 % de cette dépense.

Tableau 2 Répartition de la consommation d'optique médicale par panier et financeur en 2021

En millions d'euros

	Total optique médicale		Panier A « 100% santé »		Panier B « Tarif libre »	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	341	5	191	54	149	2
État	0	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	5 095	71	160	46	4 935	72
Ménages	1 723	24	0	0	1 723	25
Total	7 159	100	352	100,0	6 807	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Une dépense totale des prothèses dentaires en augmentation en 2021

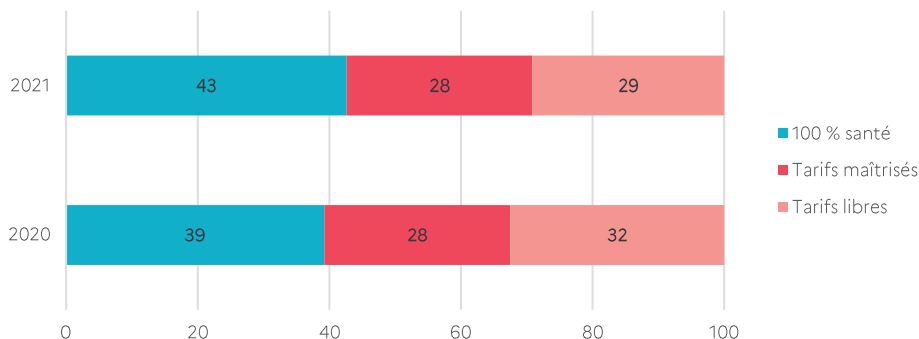
En 2021, la consommation de prothèses dentaires bondit (+26 %), pour s'établir à 7,0 milliards d'euros. Cette augmentation est principalement portée par les prothèses du panier 100 % santé, dont la consommation augmente de près de 40 % en 2021. Elles représentent 3,0 milliards d'euros, soit 43 % de la dépense totale en prothèses dentaires (graphique 5).

La part du panier aux « tarifs libres » diminue en 2021 pour s'établir à 29 %, tandis que celle du panier aux « tarifs maîtrisés » se stabilise à 28 %.

En nombre d'équipements consommés, le panier 100 % santé est majoritaire (57 % des équipements consommés en 2021). Sa part de marché progresse au détriment du panier aux « tarifs libres » qui représente moins d'un quart des équipements consommés en 2021 (graphique 6).

Graphique 5 Répartition de la consommation de prothèses dentaires par type de panier entre 2020 et 2021

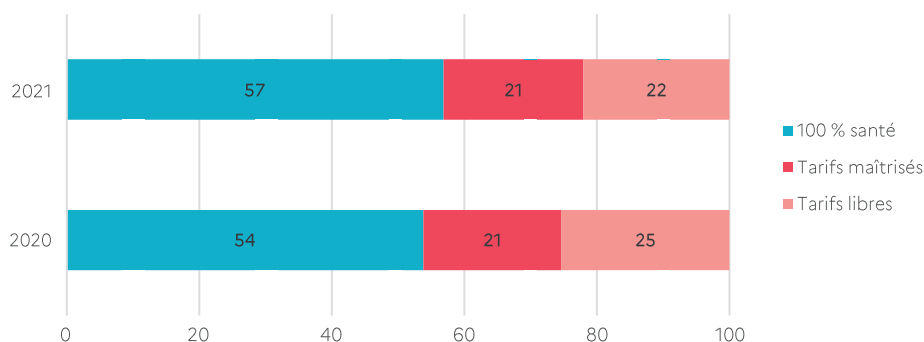
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 6 Répartition par type de panier du nombre de prothèses dentaires vendues en 2020 et 2021

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires financent la majeure partie des dépenses de prothèses dentaires

Les organismes complémentaires financent la part la plus importante de la consommation du panier 100 % santé (65 %) [tableau 3], suivis par la Sécurité sociale avec 35 %. Le reste à charge des ménages est nul en 2021 sur les prothèses dentaires du 100 % santé.

En 2021, les ménages prennent en charge 17 % des prothèses dentaires du panier à tarif libre, soit un reste à charge à hauteur de 340 millions d'euros. Pour le panier à tarif maîtrisé, les ménages supportent un reste à charge estimé à 25 % de la dépense. ■

Tableau 3 Répartition de la consommation de prothèses dentaires par panier et financeur en 2021*En millions d'euros*

	Total prothèses dentaires		Panier « 100 % santé »		Panier tarifs maîtrisés		Panier tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	1 890	27	1 038	35	570	29	281	14
État	5	0	3	0	2	0	0	0
Organismes complémentaires	4 268	61	1 942	65	907	46	1 419	70
Ménages	832	12	0	0	495	25	337	17
Total	6 995	100	2 984	100	1 974	100	2 037	100

Source > DREES, comptes de la santé.**Pour en savoir plus**

- > **Cour des comptes** (2022, juillet), La réforme du 100 % santé.
- > **Lardeux, R.** (2022, juillet). 100 % santé : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler. DREES, *Études et Résultats*, 1236.

Les soins hospitaliers

La consommation de soins hospitaliers est le premier poste de la CSBM, dont elle représente 48,3 % en 2021. Ces dépenses s'élèvent à 109,4 milliards d'euros en 2021, elles progressent fortement pour la deuxième année consécutive (+6,2 % après +6,0 %).

Dans le secteur public, les dépenses augmentent de 5,4 % en 2021, du fait notamment d'un rebond de l'activité en volume. Dans le secteur privé, les dépenses croissent de 8,9 % en 2021, portées par des revalorisations tarifaires, le maintien de la garantie de financement et un rebond du volume d'activité. Le financement de ces dépenses est pris en charge à plus de 90 % par la Sécurité sociale, le reste à charge des ménages s'établit à 1,8 % de ces dépenses.

Une forte hausse des dépenses liées à la crise sanitaire en 2020 et 2021

En 2021, la consommation de soins hospitaliers¹ (secteur public et privé, hors soins de longue durée) s'élève à 109,4 milliards d'euros. La croissance des soins hospitaliers est dynamique pour la seconde année consécutive : +6,2 % en 2021, après 6,0 % en 2020 (*tableau 1*). Entre 2011 et 2019, ces dépenses ont augmenté au rythme de 2,0 % par an en moyenne.

Cette accélération en 2020 et 2021 est liée aux revalorisations salariales dans le secteur public mise en œuvre lors du Ségur de la santé. Les cli-

niques privées² ont de leur côté bénéficié de revalorisations tarifaires en 2021 afin de compenser les hausses de salaires liées au Ségur, ainsi que d'une garantie de financement, qui assure en 2020 et 2021 un niveau de financement au moins équivalent à celui observé avant la crise. Les dépenses liées à la crise sanitaire dans les secteurs hospitaliers atteignent 5,1 milliards d'euros en 2021, après 7,7 milliards d'euros en 2020 ; cette diminution est principalement due à la baisse du montant des mesures salariales exceptionnelles (primes et revalorisation des heures supplémentaires) mises en place dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire.

¹ La comptabilisation des dépenses entre les deux secteurs n'est pas la même. Comme toute consommation de service non marchand, la consommation de soins hospitaliers du secteur public est évaluée au coût des différents facteurs de production (*annexe 2*) : rémunérations des salariés, consommation intermédiaires, impôt sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe. 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.

² Les dépenses de cliniques privées ont été révisées dans cette édition des comptes de la santé et incluent les garanties de financement versées par l'Assurance maladie, conformément aux conventions du *System of Health Accounts*, selon lesquelles ces aides doivent être intégrées directement dans la valeur des dépenses de soins de santé.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

En milliards d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble	82,6	92,4	93,9	95,2	97,1	103,0	109,4
Évolution (en %)	2,7	2,0	1,7	1,4	2,0	6,0	6,2
Prix (en %)	0,1	-0,3	0,5	0,2	1,5	14,5	2,8
Volume (en %)	2,6	2,3	1,2	1,3	0,5	-7,4	3,3
Secteur public	63,1	71,0	72,1	73,0	74,4	79,7	84,1
Évolution (en %)	2,6	1,9	1,6	1,3	1,9	7,2	5,4
Prix (en %)	0,1	0,1	1,2	0,8	1,9	16,1	3,2
Volume (en %)	2,5	1,8	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,1
Secteur privé	19,5	21,4	21,8	22,2	22,7	23,3	25,3
Évolution (en %)	3,0	2,4	1,7	2,0	2,3	2,4	8,9
Prix (en %)	0,2	-1,7	-1,8	-1,7	0,2	9,3	1,5
Volume (en %)	2,8	4,2	3,6	3,8	2,1	-6,3	7,3

Note > Données révisées par rapport à l'édition précédente (annexe 3).**Lecture** > En 2021, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 109,4 milliards d'euros. En valeur, elle augmente de 6,2 % en 2021, après +6,0 % en 2020.**Source** > DREES, comptes de la santé.

Une hausse des dépenses de soins hospitaliers publics

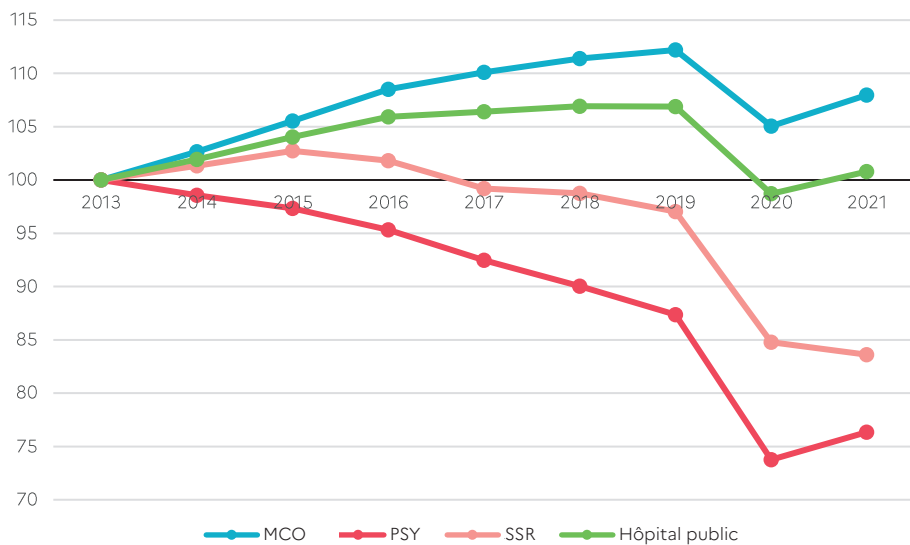
Les dépenses de soins hospitaliers dans le secteur public augmentent de 5,4 % en 2021 après +7,2 % en 2020.

La hausse des dépenses dans le secteur public en 2021 coïncide avec un fort rebond des volumes d'activité. En volume, l'activité en 2021 reste toutefois bien inférieure au niveau atteint avant la crise épidémique, car la reprise en 2021 (+2,1 %) ne compense pas la baisse sur l'année 2020 (-7,7 %) : les déprogrammations de soins non urgents afin d'accueillir les patients atteints du Covid-19 ont été moins fortes qu'en 2020 mais n'ont pas disparu. En 2021, les volumes d'activité demeurent ainsi inférieurs de 5,7 % à ceux de 2019 (graphique 1). Mesurée en nombre de séjours, l'activité réalisée en hospitalisation complète diminue de 9,0 % pour la médecine et la chirurgie entre 2019 et 2021, tandis que l'acti-

tivité en ambulatoire et l'hospitalisation à domicile (HAD) progresse du fait du transfert d'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) de l'hôpital vers le domicile (calcul ATIH). Face à la crise sanitaire, Santé publique France a fourni aux hôpitaux publics des masques gratuitement d'une valeur de 1 641 millions d'euros en 2020 et 413 millions en 2021. Avant le début de la crise épidémique, la croissance en volume avait déjà connu une première inflexion en 2017 (+0,2 % en moyenne par an entre 2017 et 2019, contre +1,6 % par an entre 2011 et 2017). Ce fléchissement provenait d'un ralentissement des volumes de soins MCO à partir de 2017. De leur côté, les volumes en psychiatrie (PSY) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) décroissent de façon continue depuis 2016 (respectivement -2,9 % et -1,6 % par an entre 2016 et 2019) et ont connu un à-coup supplémentaire à la baisse du fait de la crise sanitaire.

Graphique 1 Évolution du volume par domaine d'activité dans les soins hospitaliers publics

Base 100 en 2013



Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré La mesure du volume d'activité hospitalière

Les comptes de la santé proposent, pour chaque poste de la consommation de biens et de services médicaux, un partage de l'évolution de la consommation en valeur 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 une méthodologie spécifique.

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 pour sa part 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 un effet quantité (la quantité étant toutefois estimée à un niveau désagrégé : somme de séjours par groupes homogènes de malades – GHM –, pondérée par leur coût moyen), la qualité des soins étant réputée constante d'une année sur l'autre. L'évolution des prix des soins hospitaliers publics se déduit de celles de la valeur et du volume.

Dans les comptes de la santé comme dans les comptes nationaux produits par l'Insee, la méthode d'estimation du volume d'activité a été adaptée pour les années 2020 et 2021, en raison du contexte créé par la crise sanitaire. 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 Covid-19, et plus largement une réorganisation de l'activité hospitalière que les indicateurs d'activité usuels mesurent de façon imparfaite. Une partie des surcoûts générés par la crise sanitaire peut s'interpréter comme un « effet qualité », qui doit venir s'ajouter dans la croissance en volume à l'« effet quantité » mesuré par les indicateurs et la méthodologie usuels.

Les travaux méthodologiques menés avec l'Insee ont abouti à estimer un terme correctif au titre de cet « effet qualité » pour les deux années de crise sanitaire, à partir de certaines dépenses exceptionnelles, en particulier les primes versées aux personnels hospitaliers dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. Ce terme correctif conduit à rehausser de 1,7 point l'évolution du volume de soins des hôpitaux publics en 2020 (donc à rabaisser d'autant l'évolution des prix) et, par contrecoup, à baisser de 1,5 point l'évolution du volume en 2021 (rehaussement équivalent sur les prix ; cet ajustement n'affecte pas la consommation en valeur). À méthodologie inchangée par rapport à l'édition précédente des comptes de la santé (c'est-à-dire sans tenir compte de cette correction spécifique), le taux de croissance en volume de l'activité de l'hôpital public serait donc inférieur de 1,7 point en 2020, soit -9,4 % (respectivement supérieur de 1,5 point en 2021, soit +3,6 %).

S'agissant du secteur privé, le partage volume-prix se fonde sur des indicateurs de prix construits à partir des tarifs hospitaliers. À l'inverse du secteur public, c'est donc l'évolution en volume des soins hospitaliers privés qui se déduit de celles de la valeur et des prix. Dans l'édition 2022 des comptes de la santé, la garantie de financement accordée aux cliniques privés dans le cadre de la crise sanitaire a été intégrée dans le champ de la CSBM (voir encadré 1- *Vue d'ensemble*) - même si elle correspond pas *stricto sensu* à une consommation de soins par les ménages. Cette garantie de financement majore la valeur et le prix des dépenses de soins hospitaliers privés (+5,2 points en 2020, -2,2 points en 2021).

Un redémarrage des soins délivrés par les hôpitaux privés en 2021, au-dessus de leur tendance de long terme

En 2021, la consommation de soins fournis par le secteur hospitalier privé s'élève à 25,3 milliards d'euros. Elle augmente de 8,9 % après +2,4 % en 2020 [tableau 2].

Une partie de la croissance des dépenses en 2020 et 2021 est portée par les dotations, qui augmentent de 0,3 milliard d'euros en 2019 à 2,2 milliards d'euros en 2020 et 1,6 milliard d'euros en 2021. Celles-ci correspondent habituellement à des sommes versées par l'Assurance maladie aux hôpitaux privés au titre de missions de service public (MIGAC, IFAQ, coefficient prudentiel). Ces versements ont permis de prendre en charge une partie du surcoût engendré par la prise en charge des patients atteints du Covid-19. Les cliniques privées ont aussi bénéficié de dotations exceptionnelles, sous la forme de garantie de financement de 1,1 milliard d'euros en 2020 et 0,6 milliard d'euros en 2021 afin d'assurer un niveau de recettes au moins équivalent à celui d'avant la crise.

Hors dotations, les dépenses progressent de 16,7 % en MCO en 2021 (après -7,6 % en 2020). Les prix des séjours MCO ayant augmenté de 5,7 % en 2021 afin de compenser les hausses de salaires liées au Ségur, les volumes de soins de la MCO retrouvent leur niveau atteint en 2019.

Les dépenses de psychiatrie retrouvent leur croissance tendancielle, effaçant la perte d'activité en 2020, tandis que les SSR ne retrouvent pas leurs niveaux d'avant la crise.

Les dépenses des médicaments de la liste en sus sont très dynamiques (+22,2 % en 2021), portées par l'arrivée de nouveaux médicaments anticancéreux sur le marché et d'extensions d'indication.

Enfin, les soins du secteur hospitalier privé comprennent également les honoraires des praticiens libéraux exerçant en cliniques, qui sont presque intégralement perçus par des médecins spécialistes (graphique 2). Ces honoraires se redressent en 2021 (+14,0 %) et retrouvent pratiquement sur leur tendance de long terme.

Tableau 2 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé en 2020 et 2021

	2019 (en millions d'euros)	2020 (en millions d'euros)	2021 (en millions d'euros)	Répartition en 2021 (en %)	Évolution 2019/2020 (en %)	Évolution 2020/2021 (en %)
MCO	8 206	7 583	8 851	34,9	-7,6	16,7
PSY	840	818	891	3,5	-2,7	9,0
SSR	2 478	2 264	2 400	9,5	-8,6	6,0
Hospitalisation à domicile	645	750	742	2,9	16,3	-1,1
Médicaments en sus	494	570	697	2,7	15,5	22,2
Dispositifs médicaux en sus	954	861	961	3,8	-9,7	11,6
Forfaits et assimilés ¹	1 685	1 709	1 746	6,9	1,4	2,2
Dotations ²	322	2 202	1 624	6,4	584,8	-26,3
Honoraires	7 114	6 515	7 426	29,3	-8,4	14,0
Secteur privé	22 737	23 272	25 338	100	2,4	8,9

1. Forfait activités isolées, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, dialyse, forfait journalier, forfait CSS, forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

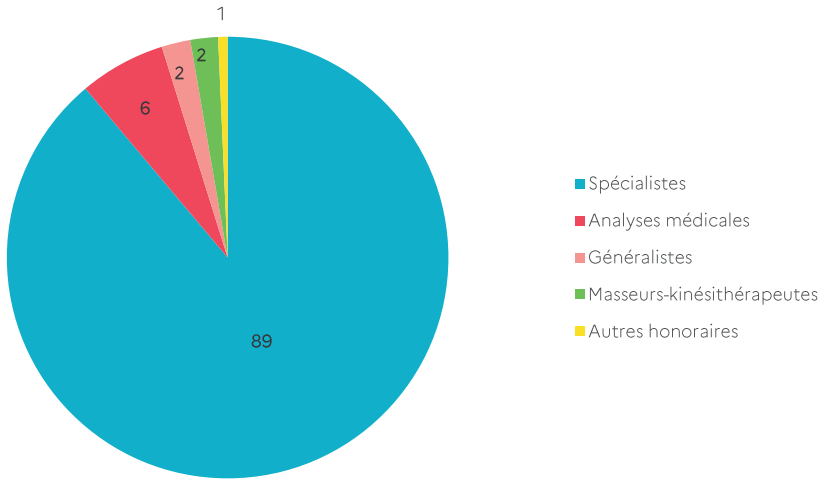
2. MIGAC, IFAQ, coefficient prudentiel et garantie de financement.

Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition par type des honoraires versés en 2021 aux praticiens libéraux en cliniques privées

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une hausse du financement pris en charge par l'Assurance maladie depuis le début de la crise épidémique

La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (*tableau 3*). En 2021, elle prend en charge 94,2 % de la dépense de soins hospitaliers publics et 90,2 % de celle du secteur privé. La part du financement de la Sécurité sociale progresse légèrement entre 2020 et 2021 (+0,2 point pour le secteur public, +0,1 point pour le secteur privé) après avoir fortement augmenté entre 2019 et 2020 pour le secteur public (+1,4 point).

La progression du financement par la Sécurité sociale s'explique par 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 des soins hospitaliers : entre 4 % et 6 % selon le secteur pour les organismes complémentaires, moins de 1 % pour l'État (AME et dépenses au titre des anciens combattants).

Le reste à charge des ménages représente, en 2021, 1,8 % de ces dépenses ; il est plus faible pour les soins hospitaliers publics que pour le secteur privé (1,1 % contre 4,0 % en 2021). ■

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins hospitaliers publics par financeur en 2021*En millions d'euros*

	Dépenses en 2021	Secteur public			Dépenses en 2021	Secteur privé		
		Part en 2019 (en %)	Part en 2020 (en %)	Part en 2021 (en %)		Part en 2019 (en %)	Part en 2020 (en %)	Part en 2021 (en %)
Sécurité sociale	79 163	92,6	94,0	94,2	22 857	89,0	90,1	90,2
État	590	1,4	1,3	0,7	88	0,9	1,0	0,3
Organismes complémentaires	3 349	4,7	4,1	4,0	1 393	6,0	5,8	5,5
Ménages	955	1,3	0,6	1,1	1 001	3,5	3,1	4,0
Total	84 057	100,0	100,0	100,0	25 338	100,0	100,0	100,0

Champ > France.**Source** > DREES, comptes de la santé.**Pour en savoir plus**

- > **Comité économique de l'hospitalisation publique et privée** (12 juillet 2022).
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2022, juillet). Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2021, prévisions 2022.
- > 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.

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé. En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière. En rupture avec les tendances des années pré-crise, l'activité connaît une chute sans précédent, aussi bien pour l'hospitalisation partielle (-23,5%) que pour l'hospitalisation complète (avec nuitée, -12,5%). En revanche, l'hospitalisation à domicile progresse à un rythme plus soutenu que les années précédentes. 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'objectif national de dépenses d'assurance maladie (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 encadrés par un objectif quantifié national (ESPIC, ex-OQN). Selon l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France comptabilise un peu moins de 3 000 établissements de santé, dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et près de 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'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les comptes de la santé regroupent l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé).

En 2020, 11,6 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). En 2020, la crise sanitaire liée au Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière, qui a connu une chute sans précédent, aussi bien en hospitalisation partielle (-23,5 %) que complète (-12,4 %). Le nombre de séjours d'hospitalisation complète a davantage diminué dans le secteur privé à but lucratif (-13,8 %) que dans le public et privé à but non lucratif (-12,0 %). Il recule de 15,2 % en SSR et de 14,4 % en psychiatrie. La diminution est moindre en MCO (-12,0 %), car c'est dans cette discipline que la grande majorité des patients atteints de Covid-19 ont été accueillis.

La baisse d'activité partielle est plus importante dans le secteur public et privé à but non lucratif (-27,5 %) que dans le secteur privé à but lucratif (-16,8 %). Elle a davantage touché la psychiatrie (-34,6 %) et le SSR (-32,7 %) que le champ MCO (-11,9 %).

En dépit de cette forte perturbation, la structure des activités des établissements de santé continue à se différencier selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge.

Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle et 72 % en hospitalisation complète (tableau 1).

En hospitalisation complète, le secteur public représente une plus grande part des lits en MCO (78 %) qu'en PSY (73 %) ou en SSR (67 %). Mais en termes d'activité, la part du secteur public dans le total des séjours d'hospitalisation

complète est équivalente en MCO et en PSY (respectivement 78 % et 77 %) [graphique 1].

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 60 % des places en MCO, 92 % en PSY et 61 % 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 40 % des places. La crise sanitaire s'est accompagnée d'une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS). Tous secteurs confondus, les trois disciplines se distinguent par la DMS observée en hospitalisation complète : de 5,7 jours en MCO, elle atteint 32,6 jours en PSY et 33,7 jours en SSR. Comme en 2019, la DMS demeure plus longue dans le public 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).

En 2020, une rupture dans l'évolution des capacités

Jusqu'à fin 2019, l'hospitalisation partielle s'est développée, tandis que l'hospitalisation complète a reculé. Ce phénomène, qualifié de « virage ambulatoire », s'est traduit par une hausse du nombre de places d'hospitalisation partielle (de +2,8 % par an en moyenne depuis 2002) et une baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète (-0,5 % par an en moyenne depuis 2002). Ces évolutions concernent le champ MCO et la PSY mais pas les SSR où le nombre de lits en hospitalisation complète progresse.

En 2020, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule un peu plus que les années précédentes (-1,2 %, contre -0,9 % par an sur la période 2013-2019), ce dans les trois disciplines. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. Le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente moins rapidement que les années précédentes (+1,7 %, contre +2,5 % par an sur la période 2013-2019), avec une hausse concentrée sur le secteur privé.

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places à fin 2020

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	57 768	21 991	78 720	267 431	94 212	361 643
MCO	20 770	13 576	33 792	156 637	45 334	201 971
PSY	27 273	2 266	29 767	40 583	14 408	54 991
SSR	9 725	6 149	15 161	70 211	34 470	104 681

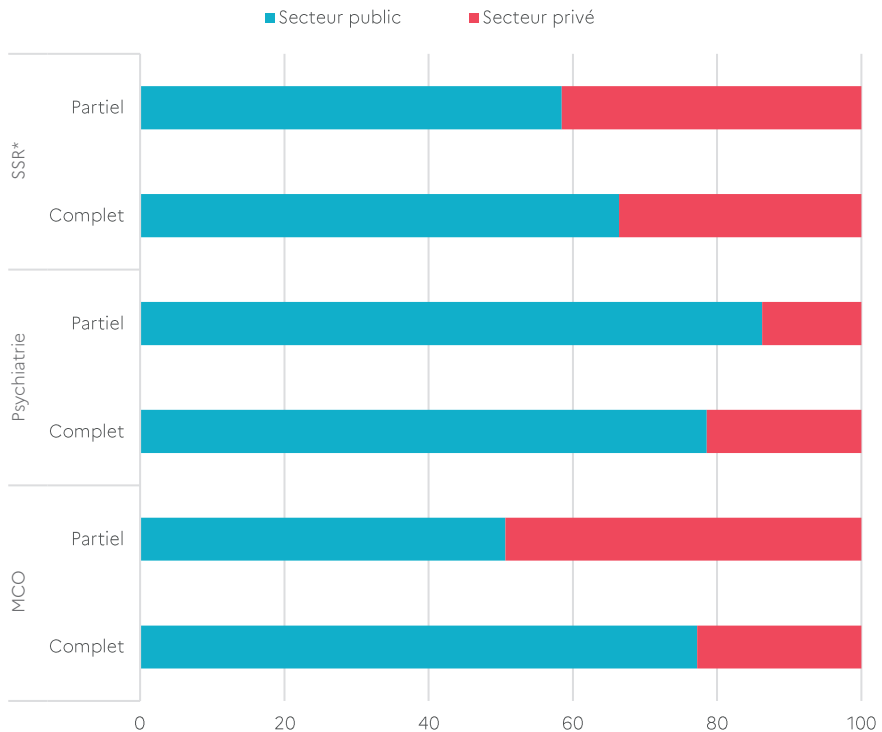
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2020, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2020

En %



* Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

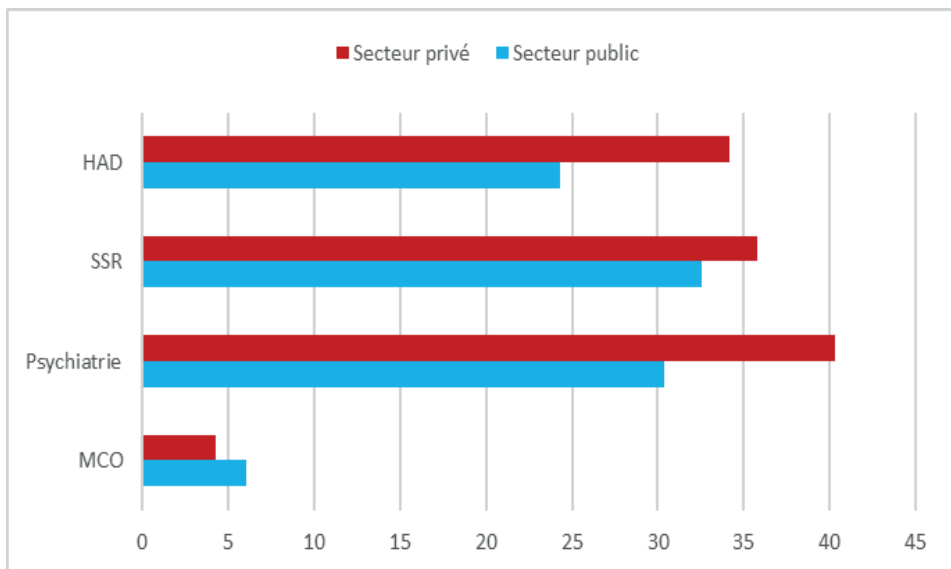
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2020, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour la discipline de psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2020

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 2020, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour la psychiatrie.

L'hospitalisation à domicile continue à se développer mais à un rythme plus soutenu

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant qui permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SSR. Contrairement aux autres disciplines, l'HAD a poursuivi son expansion durant la crise sanitaire. Sa capacité d'accueil a progressé en 2020 (+10,5 %), tout comme son nombre de séjours (+15,8 %). En 2020, 21 300 patients peuvent ainsi être pris en charge simultanément en HAD.

Alternatives à l'hospitalisation, 14,3 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2020. Tandis que le nombre de séances de dialyse continue à progresser, le nombre de séances de chimiothérapie reste stable et celui de radiothérapies diminue de 4,1 %. Enfin, en 2020, les 691 structures des urgences françaises ont pris en charge

18,1 millions de passages, soit une baisse historique de 18,7 % par rapport à 2019. Celle-ci s'explique directement par la crise sanitaire et constitue une rupture avec la tendance à la hausse observée depuis 1996.

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 à fin 2019¹. 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 person-

¹ Ces données sont issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). En raison de la crise sanitaire,

elles n'ont pas pu être collectées dans la SAE 2020. L'analyse de cette fiche porte donc sur les seules données 2019.

nels 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 (qui font partie des postes de personnels non soignants) 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. L'ensemble du financement des hôpitaux par l'AM, principalement via ce mécanisme de tarif, est piloté 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 succédés (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'AM¹ (77 % des ressources du budget principal², qui regroupe les activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (64 % des dépenses du budget principal³). Les hôpitaux publics, déficitaires depuis 2013, atteignent quasiment l'équilibre en 2020⁴. Après un léger rebond en 2019, l'effort d'investissement repart à la baisse et atteint 4,4 % des recettes en 2020, après 4,7 % en 2019. Le ratio d'indépendance financière⁵ (part des dettes au sein des capitaux permanents), s'établit à 50,8 % en 2020, après 52,1 % en 2019 : la baisse amorcée en 2019 se confirme, en rupture avec la hausse continue observée depuis 2005. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement poursuit sa hausse un peu plus lentement qu'en 2019 ; il représente 4,8 % des recettes. Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 34,5 % des capitaux permanents en 2020, se replie de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %).

¹ Les indicateurs présentés dans ce paragraphe ont fait l'objet d'une révision méthodologique en 2022 (Richet, 2022). Ainsi, les chiffres obtenus pour 2019 peuvent différer de ceux publiés dans l'édition précédente.

² La hausse de la participation de l'AM de 2 points par rapport à 2019 (75 %) provient principalement du dispositif de garantie de financement mis en place pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte sanitaire exceptionnel (Toutlemonde, 2022).

³ La part des dépenses de personnel dans les charges augmente de 1 point par rapport à 2019 (63,0 %) du fait de diverses mesures permettant de faire face à la crise sanitaire (augmentation de l'emploi hospitalier dans le secteur public de +1,9 % entre 2019 et 2020, revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé, prime exceptionnelle versée au personnel hospitalier dans le cadre

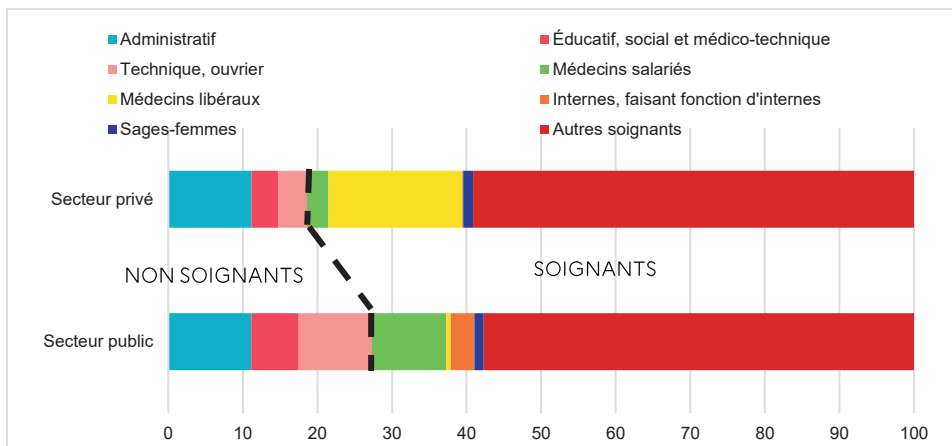
de l'épidémie et majoration des heures supplémentaires de 50 % pendant la crise [Gonzalez, et al., 2021 ; Toutlemonde, 2022]).

⁴ Cela s'explique par la forte croissance des recettes (+7,5 % par rapport à 2019), qui viennent compenser celles des dépenses (+6,8 % par rapport à 2019).

⁵ Dans les éditions précédentes, l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents était appelé « taux d'endettement ». Cet indicateur est désormais dénommé « ratio d'indépendance financière », en référence à l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique (Richet, 2022), qui définit une situation de surendettement des hôpitaux publics. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

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'acquiescer 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.

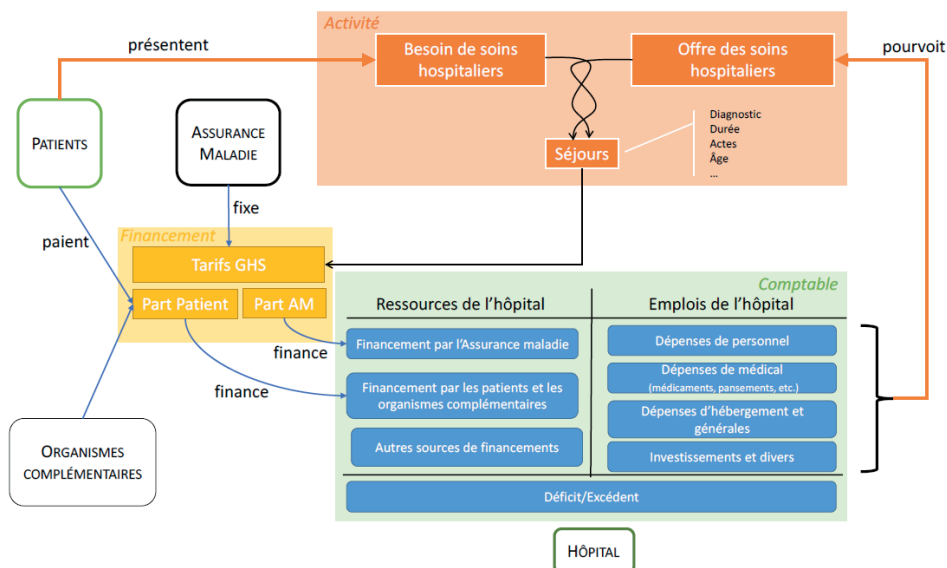
La participation des patients varie selon le secteur

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 (affec-

tion 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 connexes 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 hospitaliers 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	$\max(20\% \times \text{TJP} \times \text{durée} ; \text{FJH} \times \text{durée}) + \text{FJH}$	Aucun	Aucun
	Privé	80 % du tarif de référence privé	$\max(20\% \times \text{tarif de référence privé} ; \text{FJH} \times \text{durée}) + \text{FJH}$	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	$24 \text{ €} + \text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	$24 \text{ €} + \text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	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	$\text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	$\text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires
Patient en maternité ou en AT-MP	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 ; AT-MP : 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

- > **Richet, J.** (2022, juillet). *Apprécier la situation économique des établissements de santé*. DREES, coll. Dossier méthodologique de la DREES, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2021, juillet). *Les établissements de santé - édition 2021*. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Toutlemonde F. (dir.)** (2022, juillet). *Les établissements de santé en 2020 (édition 2022), Synthèse sur le Covid-19*. DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Le financement de la CSBM

L'Assurance maladie est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en 2021, elle prend en charge 79,8 % de la CSBM. Avec une participation représentant de 12,9 % de la CSBM, les organismes complémentaires constituent le second financeur. Le reste à charge des ménages s'élève à 7,0 % de la CSBM. La part financée par les ménages augmente en 2021, après avoir baissé en 2020 du fait de la crise sanitaire ; depuis 2011, elle a diminué de 1,8 point.

La prise en charge par les financeurs publics augmente en 2021

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 2021 (*tableau 1*). Les organismes complémentaires (OC) prennent en charge 12,9 % de la dépense en 2021, l'État¹ 0,4 % et les ménages 7,0 % (*graphique 1*).

La crise sanitaire a induit une modification de la structure de financement de la CSBM entre les différents acteurs : en 2020, la part financée par l'Assurance maladie augmente de 1,7 point, les nouvelles mesures du Ségur de la santé et les mesures de soutien à l'activité ayant été financées intégralement par l'Assurance maladie².

En 2021, les mesures de soutien ont été limitées. En outre, pour les cliniques privées, les revalorisations salariales, financées de manière transitoire en 2020 par les administrations publiques, ont été compensées par une hausse des tarifs en 2021, incluant une composante de ticket modérateur financée par les OC et les ménages. Ainsi, la part financée par l'Assurance maladie et l'État diminue de 1,0 point entre 2020 et 2021. Elle reste néanmoins à un niveau supérieur à celle atteinte en 2019.

En 2021, la part financée par les organismes complémentaires (OC) progresse de 0,6 point par rapport à 2020. Cette hausse traduit un « retour à la normale » de l'activité des soins en ville financée par les OC, mais également l'effet de la poursuite de la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé qui contribue à accroître la participation des organismes complémentaires sur les postes concernés. La part prise en charge

par les OC progresse de 14 points pour les audioprothèses, de 5 points pour les prothèses dentaires et de 0,3 point pour l'optique.

Enfin, la part des ménages dans le financement de la CSBM progresse de 0,4 point en 2021, de 6,6 % à 7,0 %. Elle augmente en particulier pour les soins hospitaliers (+0,6 point par rapport à 2020) et les médicaments (+0,9 point) mais elle baisse sensiblement sur les biens médicaux (-2,9 points).

Sur plus longue période, l'évolution de la structure de financement de la CSBM est liée à des facteurs plus structurels, 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 part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale augmente de 0,2 point par an en moyenne. Celle des OC évolue peu. Cette baisse de la participation des ménages s'est atténuée entre 2019 et 2021 (-0,1 point en moyenne par an). La baisse du RAC liée à la mise en place des mesures 100 % santé est en partie compensée par de nouveaux facteurs jouant à la hausse du RAC (achats de masques par les ménages, déremboursement de l'homéopathie).

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). En 2021, la gestion du fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS) est intégrée au sein de la Sécurité sociale.

² L'Assurance maladie a également financé l'essentiel des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie. Ces dépenses ne sont pas incluses dans la CSBM mais dans l'agrégat plus large, la dépense courante de santé (DCSi) [*fiche 23*].

Tableau 1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM entre 2011 et 2021

En %

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble de la CSBM							
Sécurité sociale	76,3	77,6	77,8	77,8	77,9	79,6	79,8
État	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	0,4
Organismes complémentaires	13,6	13,3	13,1	13,4	13,5	12,2	12,9
Ménages	8,8	7,7	7,7	7,3	7,2	6,6	7,0
Soins hospitaliers							
Sécurité sociale	91,5	91,7	91,8	91,7	91,8	93,1	93,3
État	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	0,6
Organismes complémentaires	5,2	5,1	5,0	5,2	5,1	4,5	4,3
Ménages	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,1	1,8
Soins de ville¹							
Sécurité sociale	63,4	65,0	65,0	65,5	65,7	67,8	67,9
État	1,6	1,9	1,9	2,0	2,1	2,3	0,2
Organismes complémentaires	21,8	21,1	21,0	21,4	21,2	20,3	21,8
Ménages	13,2	12,0	12,2	11,1	11,0	9,6	10,1
Médicaments							
Sécurité sociale	68,3	71,4	72,1	71,8	72,6	73,6	75,0
État	1,3	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	0,3
Organismes complémentaires	15,9	13,5	13,1	13,2	13,1	12,4	11,4
Ménages	14,5	13,6	13,4	13,6	12,8	12,4	13,3
Biens médicaux²							
Sécurité sociale	40,7	43,9	44,7	44,7	44,3	43,9	44,4
État	0,8	1,1	1,1	1,1	1,1	1,5	0,2
Organismes complémentaires	35,4	38,8	37,8	38,5	38,5	34,4	38,1
Ménages	23,1	16,2	16,4	15,8	16,1	20,1	17,3
Transports sanitaires							
Sécurité sociale	92,7	92,9	92,9	92,9	92,9	93,0	93,5
État	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	1,1	0,4
Organismes complémentaires	4,6	3,7	3,5	3,6	3,9	3,3	3,0
Ménages	1,8	2,5	2,7	2,6	2,3	2,6	3,0

1. Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports sanitaires.

2. Y compris optique.

Lecture > En 2021, la Sécurité sociale finance 79,8% de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 93,3% des dépenses.

Source > DREES, comptes de la santé.

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 par la Sécurité sociale (93,3 % en 2021). En parallèle, le reste à charge des ménages représente 1,8 % des dépenses de ce poste en 2021, une proportion très inférieure au reste à charge moyen des autres postes de la CSBM.

Sur le champ des soins de ville, la part des organismes complémentaires s'accroît de 1,5 point entre 2020 et 2021 principalement du fait de la hausse du financement des soins dentaires (*fiche 8*).

Le reste à charge des ménages représente 10,1 % des soins de ville, en baisse quasi continue depuis 2011, sous l'effet notamment de la modération des dépassements d'honoraires.

La part de la Sécurité sociale dans le financement des médicaments a augmenté depuis

2011 (+0,7 point en moyenne par an) en raison notamment de l'accroissement du remboursement des médicaments innovants.

Symétriquement, la part des médicaments pris en charge par les OC a diminué de 0,5 point en moyenne par an entre 2011 et 2021.

La contribution des OC au financement est la plus importante sur le poste des biens médicaux (38,1 % de la dépense en 2021). En particulier, les OC prennent en charge 71,2 % des dépenses d'optique médicale et 37,1 % des dépenses d'audioprothèses (fiche 15).

Enfin, sur le poste des transports sanitaires, la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,5 % en 2021, 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 et similaire (3,0 %).

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

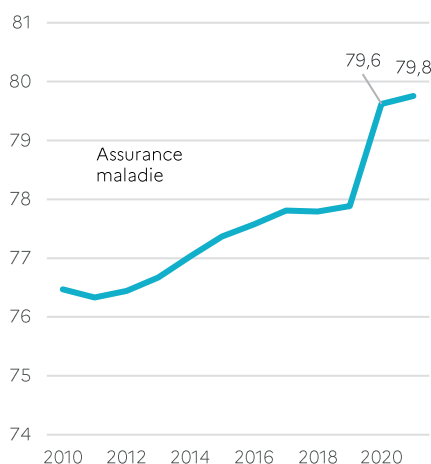
La décomposition du financement par poste diffère selon les acteurs du système de santé. Les soins hospitaliers constituent le premier poste de dépense pour la Sécurité sociale, avec 56 % de sa dépense totale en 2021 (graphique 2). Pour les OC, les biens médicaux et les dentistes constituent près de la moitié des dépenses. Plus précisément, à eux seuls, les trois postes concernés par la réforme du 100 % santé (optique, prothèses dentaires et audioprothèses) représentent environ un peu plus d'un tiers des dépenses prises en charge par les OC.

Enfin, les médicaments représentent 26 % du reste à charge des ménages, contre moins de 14 % pour les autres financeurs. ■

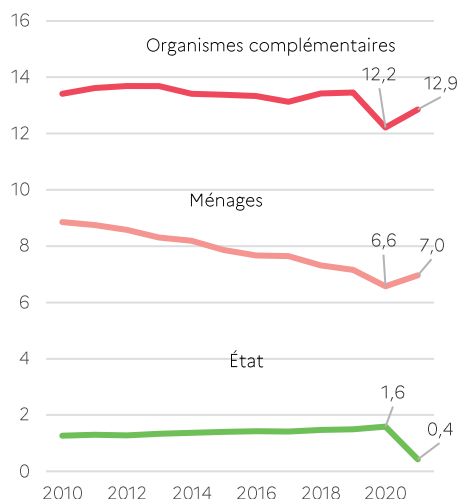
Graphique 1 Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2021

En %

a. De l'Assurance maladie



b. Des autres financeurs



Lecture > En 2021, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,8 % par l'Assurance maladie et à 7,0 % par les ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2021

En %



Lecture > En 2021, 56 % 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.

En 2021, la Sécurité sociale finance 180,8 milliards d'euros, soit 79,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Le taux de financement augmente légèrement, de 0,1 point par rapport à 2020, après la hausse de 1,7 point induite par la crise sanitaire. Hors intégration de la complémentaire santé solidaire (CSS), la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM baisse de 1,3 point, principalement sous l'effet de la fin des mesures de financement exceptionnelles mises en œuvre en 2020 dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. Néanmoins, le périmètre de la Sécurité sociale a été étendu en 2021 aux prestations de la CSS, ce qui majore la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale.

En 2021, le financement de la CSBM par la Sécurité sociale reste dynamique

La Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camie et de l'Alsace-Moselle) finance, en 2021, 180,8 milliards d'euros, soit 79,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les prestations prises en charge par la Sécurité sociale augmentent de 8,0 % en un an, après +3,8 % en 2020 (tableau 1). En 2020, les prestations financées par la Sécurité sociale avaient fortement augmenté dans le contexte de crise sanitaire liée au Covid-19. Les dépenses supplémentaires ou en forte progression en raison de la crise, tels que les soins hospitaliers ou les dispositifs de soutien au revenu des professionnels de santé libéraux et des cliniques privées dans un contexte de baisse de leur activité, avaient en effet été financées en grande partie par la Sécurité sociale¹. En 2021, l'accélération des prestations provient notamment de l'intégration au sein du périmètre de la Sécurité sociale des prestations versées au titre

de la complémentaire santé solidaire (CSS). À périmètre constant, hors prestations versées par la complémentaire santé solidaire (CSS)², le financement de la Sécurité sociale augmente fortement mais reste moins dynamique que la CSBM (+6,2 % pour le financement de la Sécurité sociale contre +7,9 % pour la CSBM). Avec cette convention, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale baisserait de 1,3 point pour retrouver un niveau proche, quoiqu'encore supérieur à celui observé avant le déclenchement de la crise sanitaire (78,4 % contre 77,9 % en 2019).

Depuis 2011, le financement de la CSBM par la Sécurité sociale a augmenté de 3,4 points (+2,0 points à périmètre constant hors CSS). Cette tendance à la hausse s'explique notamment par 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 et de la plus forte prévalence d'ALD à âge donné.

¹ À eux seuls, les dispositifs de soutien au revenu des professionnels de santé libéraux et des cliniques privées ont contribué à hauteur de 38 % de la croissance du financement de la Sécurité sociale en 2020. Par ailleurs, la Sécurité sociale a pris en charge l'essentiel des dépenses des tests PCR et TAG (2,1 milliards d'euros en 2020 et 6,3 milliards d'euros en 2021) et des achats et injections de vaccins (3,7 milliards d'euros en 2021). Ces dépenses ne sont comptabilisées dans la CSBM, mais

en dépenses de prévention afin de s'aligner sur la nomenclature internationale SHA.

² À partir de 2021, la gestion du fonds en charge de la complémentaire santé solidaire (CSS) est assurée par les administrations de Sécurité sociale. Les prestations versées par le fonds CSS sont désormais comptabilisées au sein du champ de la Sécurité sociale alors qu'elles sont comptabilisées dans le champ de l'État pour les années antérieures.

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

En milliards d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021 hors CSS
Ensemble	135,9	152,7	155,6	157,7	161,1	167,3	180,8	177,6
<i>Évolution (en %)</i>	2,5	2,3	1,9	1,4	2,2	3,8	8,0	6,2
Soins hospitaliers	75,5	84,7	86,2	87,3	89,2	95,9	102,0	101,2
Hôpitaux du secteur public	58,1	65,5	66,8	67,5	68,9	75,0	79,2	78,5
Hôpitaux du secteur privé	17,5	19,1	19,4	19,8	20,2	21,0	22,9	22,7
Soins de ville	29,6	34,5	35,2	36,2	37,5	37,4	41,6	40,1
Soins de médecins et de sages-femmes	14,1	15,8	16,1	16,7	17,1	17,1	18,4	18,0
Soins d'auxiliaires médicaux	8,5	11,3	11,7	12,1	12,7	12,8	14,1	13,8
Soins de dentistes	3,7	4,0	4,0	4,1	4,3	4,2	5,6	4,8
Laboratoires de biologie médicale	3,0	3,1	3,1	3,1	3,2	3,1	3,4	3,3
Cures thermales	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2
Médicaments en ambulatoire	22,1	22,4	22,6	22,2	22,3	22,0	23,4	22,9
Autres biens médicaux	5,1	6,7	7,0	7,3	7,5	7,7	8,6	8,2
Optique	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2
Biens médicaux hors optique	4,9	6,4	6,7	7,0	7,2	7,5	8,2	8,1
Transports sanitaires	3,6	4,4	4,6	4,7	4,7	4,4	5,2	5,2
Montant total de la CSBM	178,0	196,9	200,0	202,8	206,9	210,2	226,7	226,7

Lecture > En 2021, la Sécurité sociale finance la CSBM à hauteur de 180,8 milliards d'euros.**Source >** DREES, comptes de la santé.

À champ comparable, la part financée par la Sécurité sociale baisse en 2021 pour l'ensemble des postes de la CSBM

Les soins hospitaliers sont caractérisés par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement (93,3 % en 2021) [tableau 2]. Ce taux est plus élevé dans le secteur public (94,2 %) que dans le secteur privé (90,2 %) en raison des dépassements d'honoraires plus fréquents dans le secteur privé. Ces taux élevés s'expliquent à la fois par les règles de remboursement en vigueur (l'hôpital est davantage pris en charge par la Sécurité sociale que les soins de ville) mais aussi par un effet de composition de la patientèle : les assurés en ALD, exonérés d'une part importante du ticket modérateur, consomment proportionnellement plus de soins hospitaliers que les autres assurés. À périmètre constant (hors fonds CSS) la part de la Sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers diminue de 0,6 point par rapport à 2020.

En 2021, la consommation de soins de ville est financée à 67,9 % par la Sécurité sociale. Cette part augmente régulièrement 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, contribue aussi à cette hausse. À champ comparable, la part de la Sécurité sociale dans le financement des soins de ville recule de 2,4 points en 2021. Cette baisse s'explique essentiellement par l'arrêt du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des praticiens libéraux (DIPA) [fiche 3] dont la mise en place a accru de manière exceptionnelle la contribution de la Sécurité sociale au financement des soins de ville.

La Sécurité sociale finance en 2021 75,0 % de la consommation de médicaments en ville. À périmètre comparable, la part financée par la sécurité sociale est quasi stable avec une baisse de 0,1 point par rapport à 2020 (73,5 % hors CSS). 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.

En 2021, la Sécurité sociale finance 44,4 % de la consommation de biens médicaux, une part plus faible que pour les autres postes. À champ comparable, la part du financement baisse de 1,2 point, notamment par un effet de compo-

sition des biens médicaux dû à la réforme du 100 % santé : la consommation de produits du 100 % santé, dont le taux de prise en charge est faible, croît davantage que celle des autres biens médicaux. Cette recomposition des biens médicaux conduit à une baisse du taux de financement moyen de la Sécurité sociale sur l'ensemble des biens médicaux, ce malgré une hausse concomitante du financement de la Sécurité sociale sur les postes du 100 % santé.

Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans la dépense de transports sanitaires (93,5 % en 2021) s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD recourant à ces services.

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

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021	En % 2021 hors CSS
Ensemble	76,3	77,6	77,8	77,8	77,9	79,6	79,8	78,4
Soins hospitaliers	91,5	91,7	91,8	91,7	91,8	93,1	93,3	92,5
Soins de ville	63,4	65,0	65,0	65,5	65,7	67,8	67,9	65,5
Médicaments	68,3	71,4	72,1	71,8	72,6	73,6	75,0	73,5
Biens médicaux	40,7	43,9	44,7	44,7	44,3	43,9	44,4	42,7
Transports sanitaires	92,7	92,9	92,9	92,9	92,9	93,0	93,5	92,7

Lecture > En 2021, la Sécurité sociale finance 93,3 % du total des dépenses de soins hospitaliers. Sur un champ comparable à celui de 2019 (hors prestations versées dans le cadre de la CSS), ce taux s'établit à 92,5 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le part de la CSBM financée par la Sécurité sociale diminue en 2021, du fait des soins de ville et des soins hospitaliers

À champ comparable (hors prestations de la CSS), la part du financement de la Sécurité sociale baisse de 1,3 point en 2021. Les soins de ville et les soins hospitaliers sont les principaux contributeurs à cette baisse.

La part des soins de ville financée par la Sécurité sociale diminue en 2021 de 2,4 points, de 67,8 % à 65,5 % (hors CSS), du fait notamment de la fin en 2021 du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) financé par la Sécurité sociale. La part des soins hospitaliers financée par la Sécurité sociale diminue de 0,6 point en 2021 (92,5 % après 93,1 %), en raison de l'arrêt des mesures de soutien exceptionnel au secteur hospitalier. ■

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.

Les organismes complémentaires (OC) regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Les prestations versées par les OC, qui avaient fortement diminué en 2020 du fait de la crise du Covid-19, rebondissent en 2021. La part des OC dans le financement de la CSBM, qui avait également fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,2 % en 2020, après 13,5 %), rebondit en 2021, à 12,9 %. Les postes d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires, concernés par la réforme du 100 % santé mise en place par étapes depuis 2019, représentent, en 2021, 35 % des dépenses financées par les organismes complémentaires.

Les prestations versées par les OC dans le champ de la CSBM augmentent de 13,5 % en 2021

Les prestations en soins et biens médicaux versées par les organismes complémentaires s'élèvent à 29,2 milliards d'euros en 2021 après 25,7 milliards en 2020 ; elles augmentent donc de 13,5 % en 2021 (*tableau 1*). Ce fort rebond fait suite à la baisse des prestations observée en 2020 du fait des restrictions sanitaires.

Il s'agit des prestations nettes de recours, mais hors variations de provisions et hors versement de la contribution exceptionnelle des OC à l'Assurance maladie liée à la crise de Covid-19 (*fiche 3*). Cette contribution a été provisionnée par les OC en 2020 à hauteur de 1,5 milliard d'euros. La première partie de la contribution, d'un montant de 0,97 milliard d'euros (soit 2,6 % des cotisations collectées en 2020, *tableau 2*) a été versée début 2021, tandis que la seconde partie (1,3 % des cotisations collectées en 2021) a été versée début 2022.

La hausse des prestations versées par les OC concerne tous les postes de dépenses de la CSBM excepté les médicaments. Elle se décompose en une hausse de 2,2 milliards pour les soins de ville, 0,1 milliard pour les soins hospitaliers et 1,3 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 2,0 milliards d'euros en 2021. Elles augmentent également en 2021, de 0,2 milliard d'euros.

Le taux de prise en charge des dépenses par les OC augmente en 2021, notamment sous l'effet de la hausse de la prise en charge des soins dentaires

En 2021, les OC financent 12,9 % de la CSBM (+0,6 point par rapport à 2020). Cette prise en charge avait fortement diminué en 2020, de 13,5 % en 2019 à 12,2 % (-1,2 point), du fait de la crise sanitaire. En effet, celle-ci a induit une baisse d'activité de soins plus prononcée sur les postes de dépenses où la part prise en charge par les OC est élevée. Dans une certaine mesure, la hausse de 2021 marque une forme de retour à la normale (*graphique 1*).

Les soins dentaires, dont la prise en charge par les OC augmente de 41,5 % en 2020 à 44,7 % en 2021 et dont le poids dans les dépenses des OC est important, contribuent le plus à la hausse globale du taux de participation des OC en 2021. Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'offre du panier 100 % santé est élargie aux prothèses amovibles, ce qui contribue à expliquer cette évolution de la part prise en charge pour les soins dentaires. La part des dépenses d'audioprothèses financée par les OC s'élève à 37,1 % en 2021, également en forte hausse par rapport à 2020 (première année pour lesquelles ces données étaient disponibles). En optique, le taux de prise en charge demeure relativement stable : 71,2 % en 2021 après 70,9 % en 2020.

Tableau 1 Financement de la CSBM par les organismes complémentaires en 2021

En milliards d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble	Évolution 2020-2021 (%)	Part prise en charge par les OC en 2021 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2020 (en %)
CSBM	13,7	9,8	5,7	29,2	13,5	12,9	12,2
Soins hospitaliers	2,4	1,6	0,8	4,7	2,5	4,3	4,5
Soins de ville	6,0	4,6	2,7	13,4	19,2	21,8	20,3
Médecins	1,7	1,4	0,8	4,0	6,9	16,0	15,9
Auxiliaires médicaux	1,0	0,6	0,3	1,9	16,0	11,0	10,5
Soins dentaires (y compris prothèses)	2,8	2,1	1,4	6,2	31,9	44,7	41,5
Laboratoires de biologie médicale et soins en cures	0,6	0,4	0,2	1,2	11,3	24,0	24,0
Médicaments	1,8	1,1	0,7	3,5	-4,0	11,4	12,4
Autres biens médicaux	3,3	2,5	1,6	7,3	22,4	38,1	34,4
Audioprothèses	0,5	0,2	0,1	0,7	152,2	37,1	23,5
Optique	2,1	1,8	1,2	5,1	16,2	71,2	70,9
Prothèses hors audiolologiques et dentaires, orthèses, pansements, etc.	0,7	0,6	0,3	1,5	13,5	14,9	13,2
Transports sanitaires	0,1	0,1	0,0	0,2	8,8	3,0	3,3
Prestations connexes à la santé	1,0	0,7	0,3	2,0	13,2		
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	0,6	0,4	0,2	1,2	2,8		
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,3	0,3	0,1	0,8	33,5		

Note > Hors prestations CSS 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.

Au total, le taux de prise en charge de l'optique, des audioprothèses et des prothèses dentaires augmente de 60 % en 2020 à 63 % en 2021, notamment du fait de la montée en charge de la réforme du 100 % santé (*fiche 15*). L'augmentation des taux de prise en charge et de la consommation sur ces postes induit de fortes hausses de ces trois dépenses pour les OC (+38,5 % pour les prothèses dentaires, +152,2 % en audioprothèses et +16,2 % en optique). Parmi les autres postes de soins de ville, le taux de prise en charge a augmenté pour les soins d'auxiliaires médicaux, pour lesquels il est passé

de 10,5 % en 2020 à 11,0 % en 2021, principalement du fait du rebond des soins de masseurs-kinésithérapeutes, dont la prise en charge par les OC est élevée. Le taux de prise en charge est resté quasi stable pour les médecins (16,0 % en 2021 après 15,9 % en 2020) et les laboratoires de biologie médicale et soins en cures (24,0 % en 2021 et 2020).

Les biens médicaux hors audioprothèses et optique voient également leur taux de prise en charge augmenter, de 13,2 % en 2020 à 14,9 % en 2021.

Tableau 2 Contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19 versée début 2021 au titre de 2020, selon le type d'organisme complémentaire et le type de contrat*En milliards d'euros*

	Collectif	Individuel	Total
Mutuelles	0,16	0,31	0,47
Sociétés d'assurance	0,17	0,17	0,34
Institutions de prévoyance	0,14	0,03	0,16
Total	0,46	0,51	0,97

Note > Les contrats de surcomplémentaires et les contrats au premier euro sont intégrés dans la catégorie des contrats individuels.

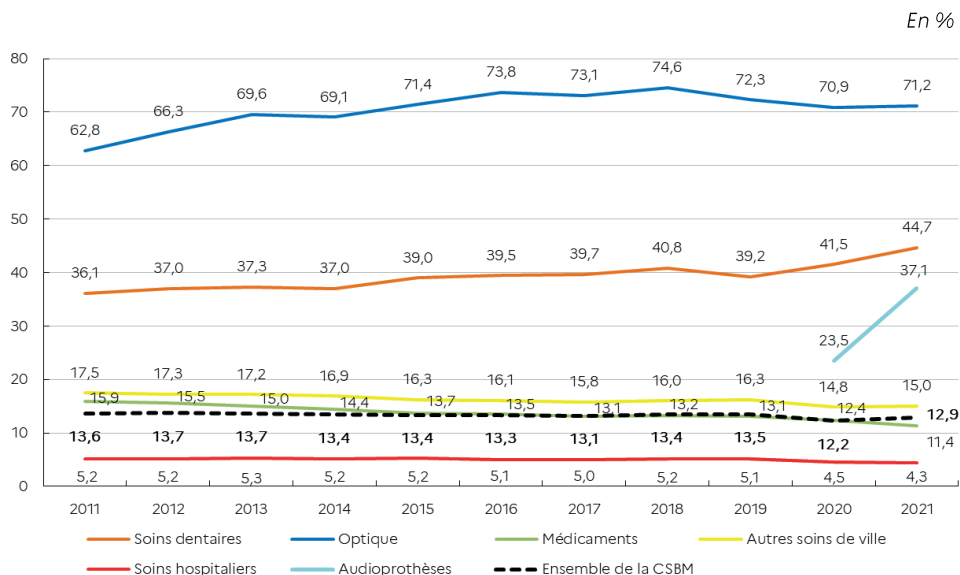
Lecture > Les mutuelles ont versé une contribution exceptionnelle liée à la crise de Covid-19 de 0,16 milliard d'euros début 2021 au titre de leurs contrats collectifs de 2020.

Source > Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

En revanche, le taux de prise en charge des médicaments diminue de nouveau en 2021, à 11,4%. 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.

La participation des OC au financement des soins hospitaliers et des transports sanitaires, très largement assuré par l'Assurance maladie, est faible (respectivement 4,3% et 3,0% de ces dépenses sont financées par les OC en 2021) et quasi stable en 2021 (-0,2 point pour ces deux postes).

Graphique 1 Parts versées par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM, entre 2011 et 2021



Note > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 44,7 % de la consommation de soins dentaires en 2021.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le ratio de prestations sur cotisations rebondit en 2021 sur le champ de la CSBM, contrecoup de la baisse de 2020 liée à la crise sanitaire

En 2021, 46 % des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et 54 % au titre de contrats collectifs¹. 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 couvre principalement les frais de fonctionnement des organismes et vient nourrir le résultat technique. Les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés que les contrats individuels. Cet écart s'explique d'abord par des contrats collectifs qui sont en moyenne déficitaires car les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des particuliers dans le cas des contrats individuels. De plus, les charges de gestion sont

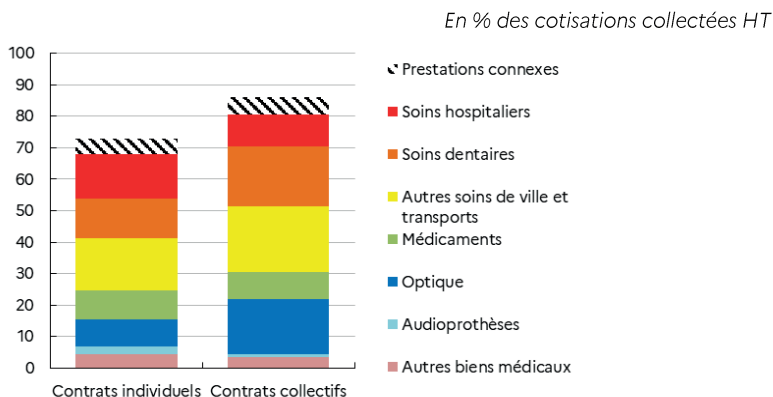
plus faibles en collectif, en raison d'économies d'échelle. En 2021, les ratios des prestations sur cotisations ont fortement augmenté, du fait du rebond des prestations après la chute observée en 2020. Hors prestations connexes, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, ces ratios s'élèvent à 68 % et 81 % respectivement pour les contrats individuels et collectifs en 2021, contre 61 % et 74 % en 2020. Les ratios sont revenus à des niveaux légèrement supérieurs à ceux de 2019.

Pour 100 euros de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 18 euros en optique et 19 euros en dentaire, contre respectivement 8 et 13 euros en individuel (graphique 2).

Les contrats individuels reversent en revanche plus de prestations en soins hospitaliers et audioprothèses 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.

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 2 Prestations versées selon le type de soins et de contrat en 2021

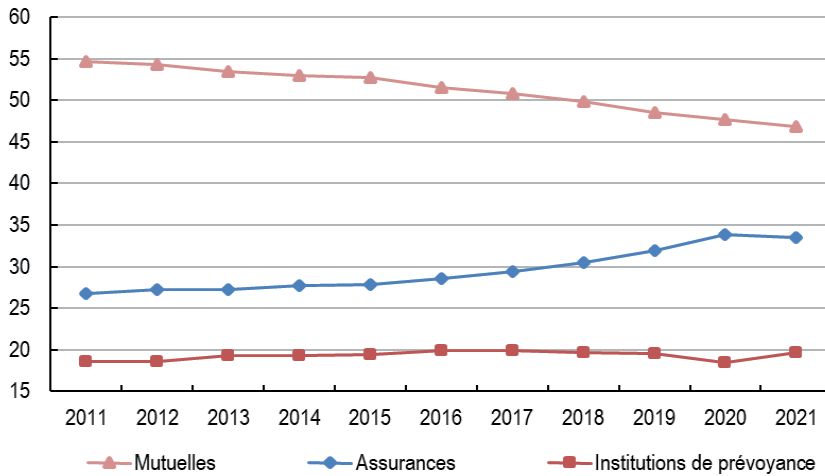
Note > En 2021, les prestations représentent 73 % des cotisations hors taxe pour les contrats individuels, et 86 % pour les contrats collectifs. Hors prestations connexes, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, ces ratios s'élèvent à 68 % et 81 % respectivement pour les contrats individuels et collectifs.

Source > DREES, comptes de la santé.

Depuis plusieurs années, la part des mutuelles dans les prestations versées diminue au profit des sociétés d'assurance

En 2021, 47 % des prestations des OC ont été versées par des mutuelles, 33 % par des sociétés d'assurance et 20 % par des institutions de prévoyance: (graphique 3). Les mutuelles perdent

des parts de marché depuis plusieurs années, au profit notamment des sociétés d'assurance. Celles-ci ont nettement accru leur part de marché entre 2016 et 2020, en raison de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. La part de marché des institutions de prévoyance, qui avait diminué en 2020, est revenue à son niveau d'avant-crise. ■

Graphique 3 Parts de marché par type d'organisme complémentaire entre 2011 et 2021*En % des prestations versées*

Note > Les mutuelles versent 47 % du total des prestations des OC sur le champ de la CSBM en 2021, contre 55 % en 2011.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > De Williencourt, C. (2022, février). Rapport 2021 sur 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.

Le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention de la Sécurité sociale, de l'État et des organismes complémentaires (OC). En 2021, il est évalué à 15,8 milliards d'euros, soit 7,0 % de la CSBM. En 2020, sa part dans la CSBM avait baissé de 0,6 point en raison de la crise sanitaire (de 7,2 % à 6,6 %) ; en 2021, elle augmente de 0,4 point, notamment car la structure de la consommation se rapproche de celle qui prévalait avant la crise.

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

En 2021, le RAC¹ des ménages représente une dépense de 15,8 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 1,0 % du revenu disponible brut (RDB) des ménages en 2021 (*graphique 1*). Après une baisse exceptionnelle de 0,6 point en 2020 du fait de la crise sanitaire, le RAC augmente à 7,0 % de la CSBM en 2021.

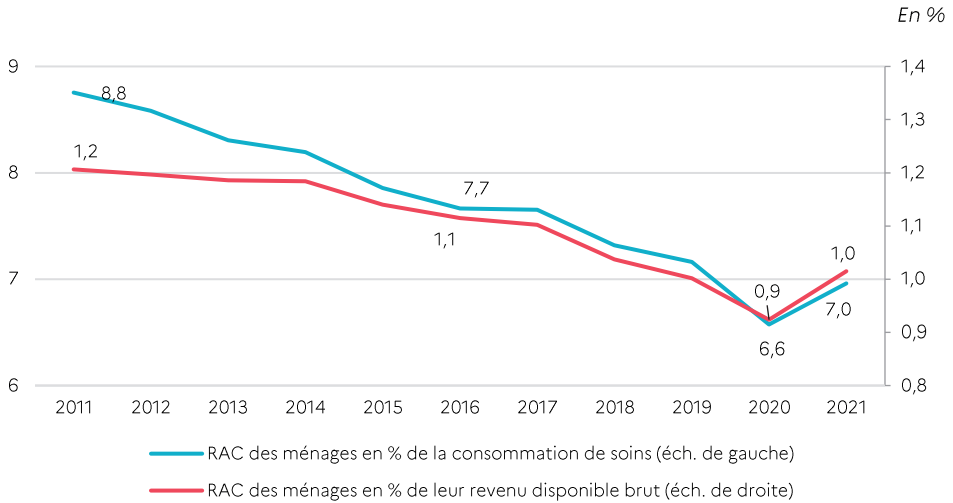
Cette hausse est quasi généralisée à toutes les composantes de la consommation, en particulier dans les soins hospitaliers, à l'exception

des trois secteurs concernées par la réforme du 100 % santé (optique médicale, soins dentaires et audioprothèses).

En 2011, le reste à charge (RAC) en santé des ménages représentait 8,8 % de la CSBM. Depuis dix ans, cette part diminue tendanciuellement, avec la forte progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD), qui résulte 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.

¹ Le reste à charge correspond à la dépense de santé directement prise en charge par les ménages après versement de la Sécurité sociale, des organismes complémentaires ou de l'État. Il ne tient pas

compte des cotisations aux régimes de base et complémentaires, ni des autres ressources (impôts et taxes, etc.) affectées à la Sécurité sociale.

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

Lecture > En 2021, le reste à charge des ménages représente 7,0 % de la CSBM et 1,0 % de leur revenu disponible brut.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour le revenu disponible brut.

Tableau 1 Reste à charge des ménages

En milliards d'euros

	Niveaux			Taux de reste à charge (en %)		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Ensemble	14,8	13,8	15,8	7,2	6,6	7,0
Soins hospitaliers	1,8	1,2	2,0	1,8	1,1	1,8
Secteur public	0,9	0,5	1,0	1,3	0,6	1,1
Secteur privé	0,8	0,7	1,0	3,6	3,1	4,0
Soins de ville	6,3	5,3	6,2	11,0	9,6	10,1
Soins de médecins et de sages femmes	2,3	2,2	2,5	9,7	9,4	10,0
Soins d'auxiliaires médicaux	1,2	1,1	1,3	7,8	6,9	7,8
Soins de dentistes	2,6	1,9	2,1	21,2	16,3	14,9
Laboratoires de biologie médicale et cures thermales	0,1	0,1	0,3	2,7	3,1	5,3
Médicaments en ambulatoire	3,9	3,7	4,1	12,8	12,4	13,3
Autres biens médicaux	2,8	3,5	3,3	16,1	20,1	17,3
Optique médicale	1,5	1,5	1,7	22,4	24,9	24,1
Audioprothèses	0,4	0,7	0,8	30,3	56,9	40,7
Autres	0,8	1,3	0,8	9,4	12,6	7,8
Transports sanitaires	0,1	0,1	0,2	2,3	2,6	3,0
Soins de ville hors soins de dentistes	3,7	3,4	4,1	8,2	7,8	8,7

Note > Le taux de reste à charge rapporte le RAC à la CSBM.

Lecture > En 2021, le reste à charge des ménages en soins hospitaliers s'établit à 1,8 milliard d'euros, ce qui représente 1,8 % de la consommation de ces soins.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les taux de restes à charge sont fortement hétérogènes selon les secteurs

Le reste à charge des ménages est hétérogène selon les secteurs de la consommation en santé. Il est ainsi très faible sur les soins hospitaliers ou

les transports sanitaires (respectivement 1,8 % et 3,0 % en 2021) [graphique 2], largement financés par la Sécurité sociale. En revanche, il est plus élevé pour les biens médicaux, que ce soit pour les médicaments en ambulatoire (13,3 %) ou pour les autres biens médicaux (17,3 %). Au sein des biens médicaux, la réforme du

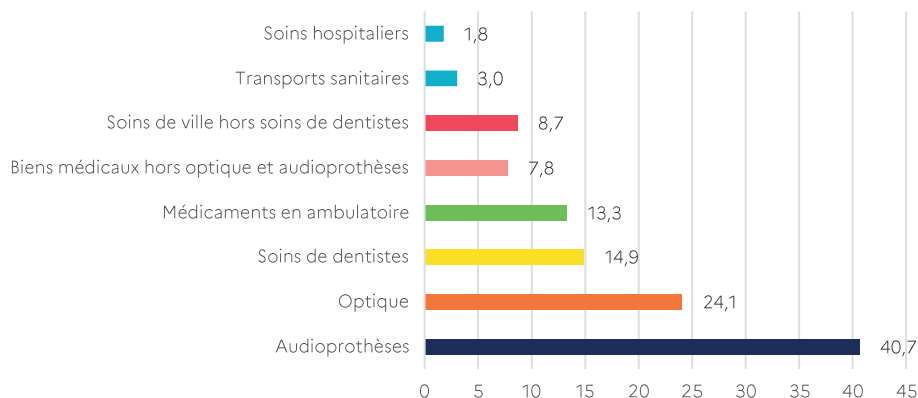
100 % santé (fiche 15) cible les postes dont le RAC est le plus élevé en proportion de la dépense : l'optique médicale (24,1 % en 2021) et les audioprothèses (40,7 %).

Le RAC s'établit en 2021 à 10,1 % pour les soins

de ville. Les soins de dentistes, qui incluent les dépenses de prothèses dentaires, présentent également un taux de RAC élevé (14,9 %). Hors soins de dentistes, le taux de RAC des soins de ville est de 8,7 % en 2021.

Graphique 2 Part de reste à charge des ménages par secteur en 2021

En %



Lecture > En 2021, le reste à charge des ménages représente 13,3 % du total de la consommation de médicaments.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, le reste à charge augmente en raison de la normalisation de la consommation de santé

En 2021, le reste à charge des ménages diminue dans les postes de dépenses touchés par la réforme du 100 % santé, mais il augmente pour les soins hospitaliers et les soins de ville, en raison notamment de la normalisation de la consommation de santé. La crise sanitaire avait en effet induit une déformation de la structure de la consommation de santé, vers des types

de soins où le RAC est plus faible (le secteur hospitalier notamment). Dans les secteurs concernés par le 100 % santé, le reste à charge des ménages diminue en 2021 (-16,2 points pour les audio-prothèses, -1,4 point pour les soins dentaires et -0,8 point pour les soins optiques). Cette diminution du RAC dans les soins dentaires est due à l'accroissement des prothèses dentaires prises en charge à 100 % dans ce secteur. En revanche, dans les soins optiques, elle est liée à l'augmentation de la couverture par les organismes complémentaires.

En 2021, le RAC des ménages en soins hospitaliers augmente de 0,6 point (après avoir baissé de 0,7 point en 2020), en raison du retour à la tarification normale des soins hospitaliers après une année 2020 durant laquelle l'Assurance maladie avait fortement soutenu l'activité lors des premières phases de la crise sanitaire. La part des dépenses hospitalières supportée par les ménages est relativement stable entre 2011 et 2015 (en moyenne autour de 2,2 %) puis tend à diminuer jusqu'en 2019. Cette baisse s'explique principalement par l'expansion du dispositif des ALD. Cet effet baissier lié aux ALD est contrebalancé, dans le secteur privé, par la hausse de la part des dépassements d'honoraires des praticiens en cliniques.

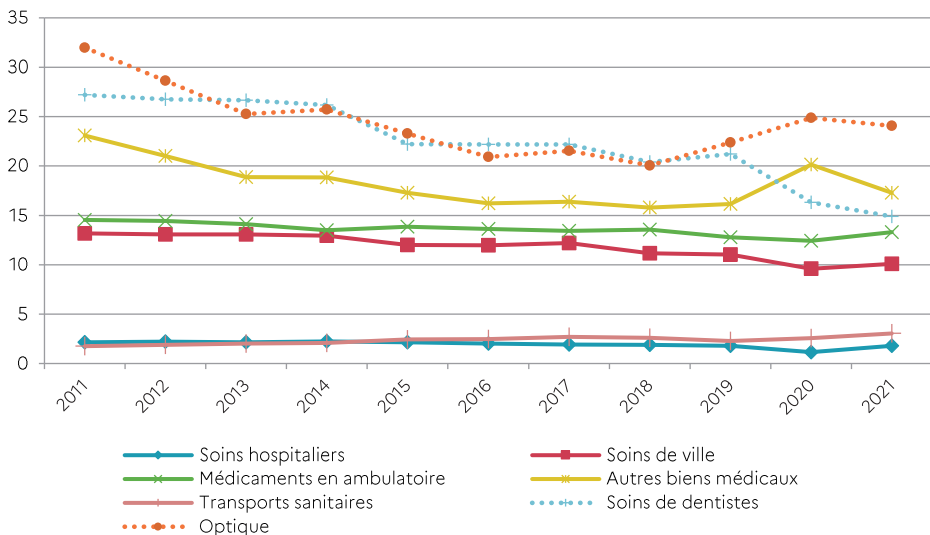
En 2021, la part du RAC des ménages dans les soins de ville augmente à 10,1 %, après une forte baisse en 2020 (-1,4 point). Cette forte diminution est principalement due à la baisse du reste à charge dans les soins dentaires (- 4,9 points en 2020). La mise en place du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA), intégralement pris en charge par l'Assurance maladie,

joue aussi à la baisse du RAC dans ce secteur, mais son effet reste modeste. Hors DIPA, le RAC soins de ville aurait été 0,2 point plus élevé. Entre 2011 et 2019, la part du RAC des ménages dans les soins de ville diminue de -0,3 point par an en moyenne sous l'effet de la modération des dépassements d'honoraires dans les soins de ville.

La part des dépenses de médicaments ambulatoires financées par les ménages augmente de 0,9 point pour atteindre 13,3 % en 2021. Cette hausse s'explique en partie par le déremboursement en 2021 des médicaments homéopathiques et pourrait être aussi liée à une baisse de la prise en charge par les OC des médicaments à service médical rendu faible. De 2011 à 2020, le RAC baissait en moyenne de -0,2 point par an; la Sécurité sociale participant davantage aux dépenses. En 2019, la baisse marquée de la part du RAC (-0,8 point) s'explique par le remboursement progressif des substituts nicotiques⁵ qui contribue à la hausse des dépenses de médicaments remboursables et au recul des dépenses de médicaments non remboursables.

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

En % de la consommation par poste



Note > 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 2021, le reste à charge des ménages représente 10,1 % de la consommation de soins de ville.

Source > DREES, comptes de la santé.

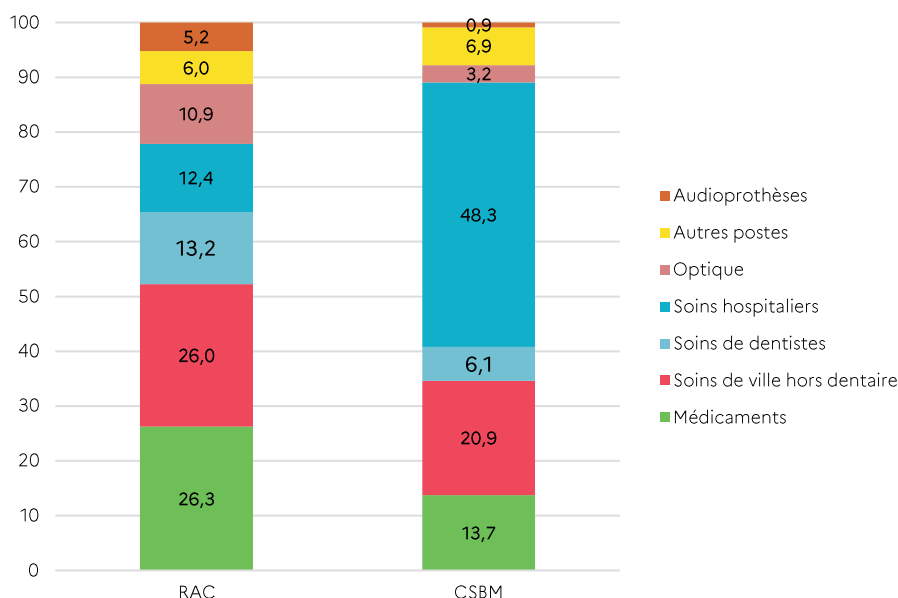
Le reste à charge varie selon la catégorie de dépenses

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 – constituent

une faible part du RAC des ménages (12,4 %) (*graphique 2*). À l'opposé, les dépenses en optique médicale représentent 10,9 % du RAC pour seulement 3,2 % de la CSBM. De même, les soins dentaires et les médicaments ont un poids plus élevé dans le RAC des ménages que dans la CSBM. ■

Graphique 4 Structure du reste à charge des ménages et de la CSBM en 2021

En %



Lecture > En 2021, le reste à charge pour les soins de dentistes représente 13,2 % du reste à charge en santé des ménages, et 6,1 % de la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, la complémentaire santé solidarité (CSS) procure une couverture santé complémentaire à 7,1 millions de personnes au sein de foyers modestes. Issue de la fusion fin 2019 de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), ce dispositif complète les remboursements d'assurance maladie obligatoire à hauteur de 3,2 milliards d'euros en 2021.

La CSS favorise l'accès aux soins des plus modestes

La complémentaire santé solidaire (CSS) complète les remboursements des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire, afin d'aider les ménages à faibles ressources à faire face à leurs dépenses de santé, et donc de lutter contre le renoncement aux soins. Elle prend en charge le ticket modérateur de l'ensemble des prestations remboursables, qu'elles relèvent des soins exécutés en ville ou à l'hôpital. La participation forfaitaire de 1 euro et les franchises médicales sont également couvertes, comme le forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, la part de liberté tarifaire sur l'optique, les soins dentaires, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. En outre, les assurés bénéficient du tiers-payant intégral et ne peuvent pas se voir facturer de dépassements d'honoraires.

La complémentaire santé solidaire est attribuée par foyer (et non par personne), selon deux modalités possibles :

- en dessous d'un plafond de ressources annuel, la CSS est attribuée sans participation financière de la part du foyer (CSS dite « gratuite ») ;
- si les ressources dépassent ce plafond de moins de 35 %, la CSS est attribuée moyennant une participation financière du foyer, qui croît avec le nombre de personnes couvertes et leur âge (CSS dite « payante »).

La gestion de la CSS avec participation financière peut être prise en charge par deux types d'organismes, au choix du bénéficiaire :

- les régimes d'assurance maladie obligatoire ;
- les organismes complémentaires en santé, parmi une liste nationale gérée par la Direction de la Sécurité sociale (DSS).

Le nombre de bénéficiaires optant pour une gestion par leur organisme complémentaire (OC) diminue régulièrement, au profit des régimes de base. En 2019, 90 % choisissaient un OC, mais cette proportion a baissé à 46 % en décembre 2021.

La CSS remplace la CMU-C et l'ACS

La CSS a été mise en place en novembre 2019, en application de l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019. Sa création répond à un objectif de simplification des démarches pour les assurés. La CSS a réuni en un dispositif unique :

- la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour sa partie sans participation financière ;
- l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), pour sa partie avec participation financière.

Jusqu'à décembre 2020, la CSS était financée par l'État et pilotée par le Fonds CSS, qui a pris la suite du Fonds CMU en novembre 2019. Depuis janvier 2021, le Fonds CSS est remplacé par un nouveau fonds créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) permettant le financement de la CSS. Le produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), prélevée sur les contrats santé des organismes complémentaires, finance le dispositif.

En 2021, la prise en charge des dépenses de santé au titre de la CSS représente 3,2 milliards d'euros, soit 1,4 % du montant de la CSBM. Au sein de ce total, le montant relevant de la gestion de la CSS par les organismes complémentaires s'élève à 0,6 milliard d'euros.

Le nombre de bénéficiaires de la CSS avec participation est en hausse

En décembre 2021, 7,1 millions de personnes sont couvertes par la CSS, dont 5,7 sans participation financière et 1,4 avec participation financière (tableau 1). Ces effectifs de bénéficiaires de la CSS sans participation financière sont comparables à ceux observés en décembre 2019 (juste après la fusion de la CMU-C et de l'ACS). En revanche, les bénéficiaires de la CSS avec participation financière (CSS payante) étaient moins nombreux fin 2019 (1,2 million de bénéficiaires).

L'évolution des personnes couvertes dépend du nombre d'éligibles et du taux de recours

parmi ces dernières. Les dernières estimations du taux de recours, qui portent sur 2020, ne montrent pas à ce stade d'augmentation du recours à la CSS, ni gratuite ni payante : la hausse du nombre de personnes éligibles porterait donc l'essentiel de cette évolution.

Des dispositifs de maintien des droits ont été mis en place pendant la première vague (mars à juillet 2020) puis la deuxième vague (octobre 2020 à février 2021) de l'épidémie de Covid-19. Cette prolongation des droits pour des foyers ne remplissant plus les conditions d'attribution s'est traduite par une hausse temporaire des effectifs de personnes couvertes. ■

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de la C2S de 2011 à 2021

En millions de personnes

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble	5,0	6,6	6,7	6,9	6,9	7,2	7,1
CMU-C puis C2S sans participation	4,4	5,5	5,5	5,6	5,7	5,9	5,7
ACS puis C2S avec participation	0,6	1,1	1,2	1,3	1,2	1,3	1,4

Note > Nombre de personnes dans les foyers couverts en décembre de l'année.

Sources > 2011 à 2018 : rapports d'activité du Fonds CMU 2019 à 2021 : comité de suivi de la complémentaire santé solidaire.

Pour en savoir plus

- > **Direction de la Sécurité sociale** (2022, janvier). *Revue de la complémentaire santé solidaire*, 3.
- > **De Williencourt, C.** (2022, février). La Situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, Rapport 2021. DREES.
- > **Direction de la Sécurité sociale et DREES** (2021, décembre). Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, édition 2021.
- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.), et al.** (2021, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales, édition 2021*. Fiche 35 - La complémentaire santé solidaire. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Loiseau, R.** (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.



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 (DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'euros en 2021; elle accélère par rapport à 2020 (+9,8 % après +3,7 %), poussée par les dépenses de prévention liées à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 (tests PCR et TAG, dépenses de vaccination).

Après une forte baisse en 2020, le reste à charge des ménages est quasiment stable en 2021, à 8,9 % de la DCSi (après 8,8 %). La reprise rapide de l'activité dans les secteurs où le reste à charge est élevé contribue à augmenter le reste à charge des ménages; néanmoins, la prolongation de l'effort de l'Assurance maladie au financement quasi intégral des dépenses liées à la crise et par la poursuite du déploiement du 100 % santé atténuent fortement cette augmentation.

La dépense courante de santé représente 12,3 % du PIB en 2021

La dépense courante de santé au sens international¹ (DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'euros en 2021, soit 12,3 % du PIB (tableau 7).

Avec la crise sanitaire, la dépense courante de santé s'accroît très rapidement. Elle augmente de 9,8 % en 2021, après +3,7 % en 2020. Ainsi, elle a augmenté de 6,7 % en moyenne entre 2019 et 2021, contre +1,9 % par an entre 2013 et 2019. Cette accélération est due aux dépenses réalisées dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, notamment aux dépenses de prévention, qui passent de 5,5 milliards d'euros en 2019 à 8,6 milliards d'euros en 2020 puis 16,9 milliards en 2021. C'est en effet sur ce poste que sont comptabilisées la plupart des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie, en particulier les dépenses liées au dépistage (tests PCR et antigéniques), à la vaccination (achat et injection de vaccin Covid-19) et à la mise en place des outils de suivi des cas contacts (fiche 22).

La progression des autres composantes de la DCSi s'explique principalement par un rebond des soins délivrés par les établissements de santé et en ville.

Les dépenses de l'hôpital public et des établissements médico-sociaux progressent respectivement de 6,3 % et 7,8 % en moyenne par an entre 2019 et 2021 du fait des primes exceptionnelles versées aux personnels en 2020 et des mesures de revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé. Les dépenses en cliniques privées progressent en moyenne de 5,6 % par an entre 2019 et 2021, sous l'effet notamment d'une revalorisation du tarif des actes en 2021 et de la mise en place de la garantie de financement, qui assure un niveau de revenu en 2020 et en 2021 au moins équivalent à celui observé avant crise.

Par ailleurs, la mise en place de la réforme du 100 % santé dans le dentaire, l'optique et les audioprothèses a contribué à la forte augmentation des dépenses de ces trois secteurs (en moyenne +26,8 % par an pour les audioprothèses et +6,7 % par an pour le dentaire entre 2019 et 2021).

Seules les dépenses de gouvernance conservent un rythme de progression équivalent à celui observé avant la crise sanitaire (+0,8 % par an entre 2019 et 2021) [fiche 24].

¹ La dépense courante de santé au sens international (DCSi) correspond à la consommation finale effective de services sanitaires et de biens médicaux, que cette consommation soit individuelle (comme une consultation médicale) ou non (comme une campagne de prévention). La

définition de la DCSi est établie conjointement par l'OCDE et Eurostat et permet d'effectuer des comparaisons internationales. Son périmètre est plus large que celui de la consommation de soins et de biens médicaux (annexe 7).

Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) entre 2013 et 2021

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020- 2021 (en %)	TCAM 2019/ 2021 (en %)	TCAM 2013/ 2019 (en %)
CSBM (1)								
HC.1+ HC.2- Soins courants	128 081	142 338	145 894	149 175	162 062	8,6	5,4	2,2
HC.4- Services auxiliaires	10 809	12 231	12 361	11 895	13 564	14,0	4,7	2,3
HC.5- Biens médicaux et médicaments	46 451	48 205	48 648	49 109	51 070	4,1	2,5	0,8
Hors CSBM (2)								
HC.3- Les soins de longue durée	36 346	41 378	42 723	46 362	48 770	5,2	6,8	2,7
HC.6- Prévention	5 162	5 443	5 523	8 591	16 917	96,9	75,0	1,1
HC.7- Gouvernance	14 437	15 294	15 164	15 151	15 401	1,7	0,8	0,8
Dépense courante de santé au sens international (DCSi = 1+2)	241 286	264 888	270 312	280 283	307 785	9,8	6,7	1,9
DCSi (en % du PIB)		11,2	11,1	12,1	12,3			

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Lecture > En 2021, la dépense courante de santé au sens international s'élève à 307,2 milliards d'euros.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la DCSi ; Insee pour le PIB.

Une forte hausse des soins de longue durée en 2020

Les soins de longue durée (SLD) représentent 48,8 milliards d'euros en 2021 (tableau 2). Ils augmentent de 6,8 % en moyenne annuelle entre 2019 et 2021, contre 2,7 % entre 2013 et 2019 avant la crise sanitaire.

Les soins de longues durées aux personnes âgées et les dépenses liées à la dépendance augmentent fortement, de 8,5 % en moyenne par an entre 2019 et 2021. Cette hausse est due aux mesures de soutien aux établissements médico-sociaux et aux revalorisations salariales des personnels en EPHAD et en unité de soins de longue durée (USLD) prises dans le cadre du Ségur de la santé.

Les SLD aux adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée progressent en moyenne 3,6 % par an entre 2019 et 2021. Cette augmentation des SLD, plus faible que celle des autres secteurs, s'explique par un effet de structure : les établissements d'accueil concernés comptent davantage de personnels non soignants (éducateur spécialisé, animateur) qui n'ont pas bénéficié des mesures du Ségur de la santé au même titre que le personnel soignant. Pour ces personnels, des revalorisations salariales similaires à celles prises lors du Ségur ont été décidées, mais elles entreront en vigueur au 1^{er} avril 2022.

Tableau 2 Dépenses de soins de longue durée entre 2013 et 2021

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020- 2021 (en %)	TCAM 2019/ 2021 (en %)	TCAM 2013/ 2019 (en %)
Adultes handicapés et enfance inadaptée	12 681	13 998	14 355	15 212	15 397	1,2	3,6	2,1
Personnes âgées et dépendance	23 179	26 779	27 733	30 460	32 630	7,1	8,5	3,0
Lutte contre la toxicomanie	486	600	635	690	743	7,6	8,2	4,5
Ensemble des soins de longue durée (HC.3)	36 346	41 378	42 723	46 362	48 770	5,2	6,8	2,7

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Source > DREES, comptes de la santé.

L'Assurance maladie finance les trois quarts de la DCSi en 2021

Le financement de la DCSi repose principalement sur l'Assurance maladie : elle prend en charge 76,2 % de la dépense en 2021 (tableau 3). Les organismes complémentaires financent quant à eux 12,0 % de la dépense. Le reste à charge (RAC) des ménages s'établit à 8,9 % de la dépense en 2021 ; il est supérieur au RAC sur la CSBM (fiche 21) en raison notamment des soins de longue durée, pour lesquels la part qui demeure à la charge des ménages est supérieure à la part de la CSBM que financent les ménages.

La prise en charge varie selon les secteurs de la DCSi. L'Assurance maladie finance davantage les soins courants et les dépenses de prévention (via le FIR et ses fonds de prévention spécifiques). A contrario, sa participation est moins élevée dans les dépenses de biens médicaux et les soins de longue durée.

Les organismes complémentaires interviennent dans le financement des dépenses de biens médicaux et des soins courants mais ne participent quasiment pas au financement des SLD ou des dépenses de prévention.

La participation de l'État et des collectivités locales est très faible pour les soins courants (0,5 % en 2021). Elle est un peu plus élevée sur la prévention (12,0 % en 2021). Les collectivités locales financent la moitié des dépenses de prévention ; l'État l'autre moitié. La participation au financement de la DCSi des administrations publiques centrales et locales diminue fortement en 2021 (2,3 % en 2021 contre 4,0 % en 2020), en raison notamment du transfert du financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) vers l'Assurance maladie et d'une fraction du financement de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La part des dépenses de santé financée directement par les ménages varie fortement suivant les composantes de la dépense. Limitée sur deux de ses principales composantes (4,5 % pour les soins courants et 7,1 % pour les services auxiliaires en 2021), elle est en revanche nettement plus élevée sur les SLD et les biens médicaux, les ménages supportant directement respectivement 22,9 % et 14,8 % de dépenses en 2021.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2021

En %

	Assu- rance maladie	État et collecti- vités lo- cales	Orga- nismes complé- men- taires	Entre- prises privés	Ménage	Total
CSBM (1)						
HC.1+ HC.2 - Soins courants	84,8	0,5	10,2	0,0	4,5	100,0
HC.4- Services auxiliaires	79,5	0,4	13,0	0,0	7,1	100,0
HC.5- Biens médicaux	63,7	0,3	21,3	0,0	14,8	100,0
Hors CSBM (2)						
HC.3- Soins de longue durée	70,6	6,3	0,1	0,0	22,9	100,0
HC.6- Prévention	75,0	12,0	0,0	10,0	3,0	100,0
HC.7- Gouvernance	43,8	6,1	50,1	0,0	0,0	100,0
DCSi (1+2)	76,2	2,3	12,0	0,5	8,9	100,0

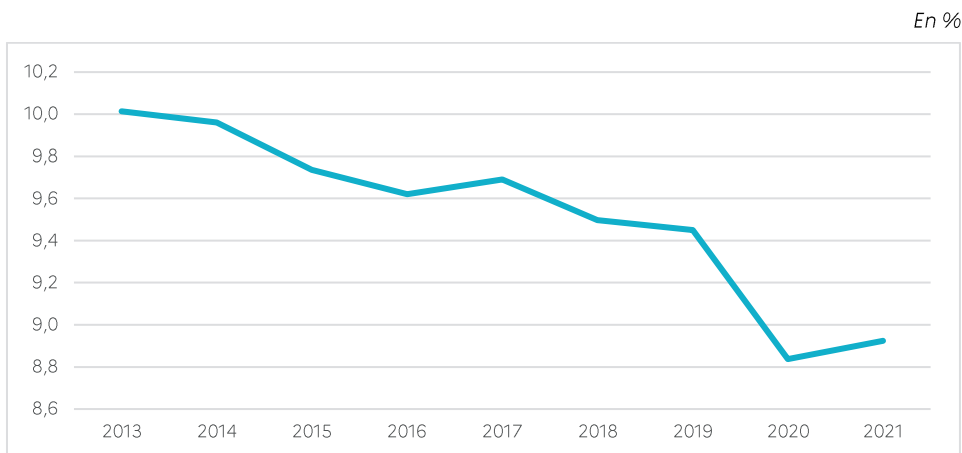
Lecture > En 2021, la DCSi est financée à 76,3 % par l'Assurance maladie.
Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages à la DCSi est quasiment stable en 2021

Entre 2013 et 2021, le reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue quasiment chaque année, de 10,0 % en 2013 à 8,9 % en 2021 (*graphique 1*). La diminution du reste à charge est particulièrement marquée en 2020 : -0,6 point. Cette baisse est due à plusieurs facteurs ; le principal est une hausse de la prise en charge de l'Assurance maladie, celle-ci ayant financé l'intégralité des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie (dépenses de dépistage, soutien au financement des établissements de santé et aux rémunérations des libéraux dans un contexte de baisse de leur activité). La baisse du reste à charge en 2020 s'explique aussi par un effet de composition des dépenses : l'activité a davantage diminué dans certains secteurs où il était élevé (dentistes, optique, médicaments).

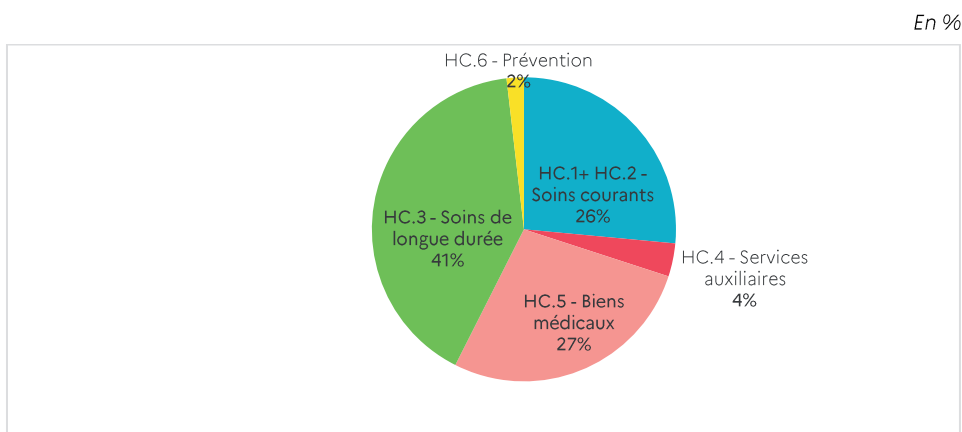
En 2021, le reste à charge augmente légèrement (+0,1 point). Les facteurs de hausse, en particulier la reprise d'activité rapide des secteurs avec un reste à charge important (dentiste, optique) et la diminution des soutiens publics, est atténué sans être totalement compensé par d'autres facteurs qui continuent de jouer à la baisse. La poursuite du déploiement du 100 % santé modère la hausse du RAC dans les secteurs concernés et l'Assurance maladie poursuit son effort de prise en charge quasi-intégral des dépenses de crise (tests PCR et anti-géniques, vaccination). En 2021, les SLD représentent 41 % du reste à charge des ménages, alors qu'ils ne représentent que 16 % de la DCSi (*graphique 2*). Les biens médicaux constituent 27 % du reste à charge, principalement dans le secteur de l'optique et des médicaments où la prise en charge de l'Assurance maladie est plus faible. ■

Graphique 1 Évolution du reste à charge des ménages de la DCSI entre 2013 et 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition du reste à charge des ménages de la DCSI par fonction de soins en 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *France : profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France : édition OCDE.
- > OCDE (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, consultables sur <https://stats.oecd.org/>
- > Statistiques d'Eurostat sur la santé 2021, consultables sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- > System of Health Accounts (SHA), consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- > Chardon-Boucaud, S. (2022). Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1238.

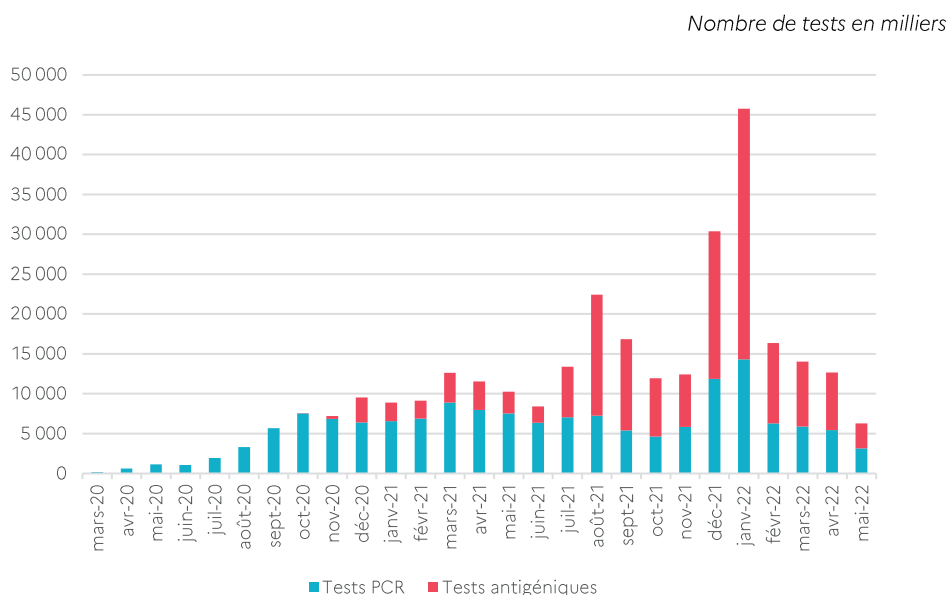
Portées par de nouvelles dépenses au titre de la lutte contre l'épidémie, les dépenses de prévention triplent entre 2019 et 2021, passant de 5,5 milliards d'euros à 16,9 milliards. Les dépenses de dépistage du Covid-19 s'élèvent à 6,6 milliards en 2021, après 2,1 milliards en 2020. En 2021, 168 millions de tests PCR ou antigéniques ont été effectués. Les dépenses de vaccination s'élèvent à 3,8 milliards d'euros en 2021 ; les achats de vaccins constituent 58 % des dépenses, les injections 36 % et les dépenses d'organisation de centres de vaccination prises en charge par le Fonds d'intervention régional (FIR) 6 %.

Triplement des dépenses de prévention entre 2019 et 2021

Les dépenses de prévention ont été multipliées par trois entre 2019 et 2021 du fait de la crise

sanitaire : 5,5 milliards d'euros en 2019, 8,6 milliards en 2020 et 16,9 milliards en 2021. Cette forte hausse est due aux nouvelles dépenses mises en œuvre pour lutter contre la crise sanitaire.

Graphique 1 Nombre mensuel de tests PCR et antigéniques en 2020 et 2021



Source > Système d'information SI-DEP.

6,6 milliards d'euros de dépenses de dépistage au moyen de tests

Pilier du dispositif de lutte contre l'épidémie de Covid-19, une politique de dépistage systématique des personnes ayant été en contact avec des personnes malades a été mise en place afin de briser les chaînes de contamination.

Les dépenses liées au dépistage du Covid-19 s'élèvent 2,1 milliards en 2020 et bondissent à

6,6 milliards d'euros en 2021. Le coût des tests PCR représente environ la moitié de ces dépenses, les tests antigéniques le tiers et le restant correspond aux actes de prélèvement. Jusqu'en septembre 2020, seuls les tests PCR étaient disponibles. Le nombre mensuel de tests PCR progresse rapidement jusqu'à 7,5 millions de tests au mois d'octobre 2020 (graphique 1). Ce nombre fluctue ensuite entre 5 et 8 millions par mois jusqu'en décembre 2020, au gré des vagues et des

reflux épidémiques. La croissance du nombre de tests est ensuite portée par les tests antigéniques, dont la consommation monte en flèche en 2021.

En 2021, le nombre total de tests augmente jusqu'à un premier point haut au mois d'août 2021, correspondant au pic épidémique de la quatrième vague, avec 22 millions de tests réalisés, puis un second en décembre 2021 avec 30 millions de tests réalisés au cours du mois (le record étant atteint en janvier 2022).

Au total, 38 millions de tests ont été effectués en France en 2020 et 168 millions en 2021.

3,8 milliards d'euros de dépenses liées à la vaccination contre le Covid-19 en 2021

Second pilier de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, la vaccination contre le Covid-19 a démarré à la toute fin du mois de décembre 2020. D'abord limitée aux personnes âgées ou fragiles, la vaccination a ensuite été étendue ensuite à l'ensemble de la population. Le 24 juillet 2021, le pass sanitaire entre en application et limite l'accès aux lieux publics aux seules personnes vaccinées ou justifiant d'un test PCR négatif depuis moins de 24 heures, ce qui stimule encore le nombre d'injections. Au total, 148 millions d'injections de vaccins contre le Covid-19 ont été effectuées en 2021.

En 2021, les dépenses liées à la vaccination s'élèvent à 3,8 milliards d'euros dont 2,2 milliards correspondent aux achats de vaccins et 1,6 milliard aux injections. 58 % des dépenses d'injections correspondent à des vaccinations en centre de vaccination ; 29 % aux

honoraires pour des injections à l'acte et 14 % aux dépenses de vaccinations prises en charge par le Fonds d'intervention régional (FIR). La contribution du FIR a servi à financer les surcoûts auxquels ont été exposés les centres de vaccination, notamment au regard des fonctions d'accueil, d'organisation, de coordination et de logistique.

Les autres dépenses d'urgence liées à la crise sanitaires diminuent de moitié en 2021

Les autres dépenses de prévention liées à la crise sanitaire, classées dans les programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence, s'élèvent à 0,9 milliard d'euros en 2020 et 0,8 milliard en 2021. Elles sont principalement composées de crédits fléchés Covid-19 du FIR, autres que ceux ayant financé l'organisation des centres de vaccination et des dépenses de l'État pour mettre en place la plate-forme téléphonique et les outils de suivi des cas contacts (application TousAntiCovid, etc.).

Le reste des dépenses de prévention croît à un rythme un peu plus élevé que précédemment

Hors dépenses liées à la lutte contre l'épidémie, le reste des dépenses de prévention s'élève à 5,7 milliards d'euros en 2020 et 5,8 milliards en 2021 (*graphique 2*). Elles croissent de 3,0 % en 2021, après +2,5 % en 2020. Ce rythme de croissance est légèrement plus élevé que celui d'avant la crise (+1,1 % en moyenne par an entre 2013 et 2019).

Tableau 1 Dépenses de prévention entre 2013 et 2021

En millions d'euros

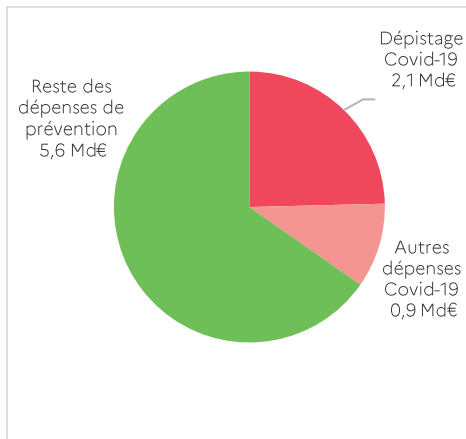
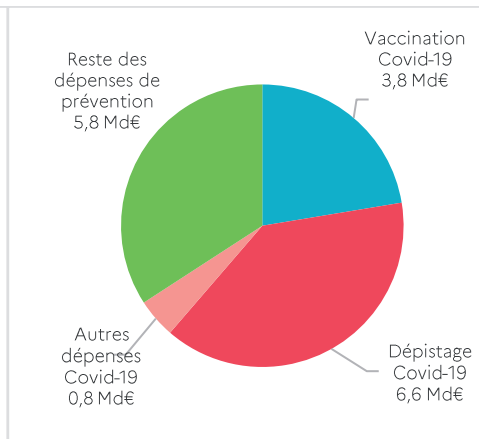
	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020- 2021 (en %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	610	690	661	703	719	2,2
Information, promotion, éducation à la santé	232	259	244	277	263	-5,2
Lutte contre les addictions	82	100	102	104	111	6,3
Médecine scolaire	284	304	289	297	319	7,4
Nutrition-santé	11	26	26	25	26	5,8
HC.62 - Programmes de vaccination	629	712	712	720	4 532	529,0
Achat de vaccins Covid-19	0	0	0	0	2 211	so
Vaccination Covid-19	0	0	0	0	1 576	so
Autres vaccins	629	712	712	720	745	3,3
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	332	401	380	2 498	7 007	180,5
Dépistage autres pathologies	54	44	45	43	47	10,5
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	145	216	207	206	234	13,6
Dépistage des tumeurs	134	141	128	135	140	3,9
Prélèvements des tests PCR et TAG Covid-19	0	0	0	259	721	so
Test PCR Covid-19	0	0	0	1 649	3 431	so
Tests TAG Covid-19	0	0	0	207	2 434	so
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 281	3 339	3 463	3 549	3 632	2,3
Bilans bucco-dentaires	56	69	85	70	91	30,5
Examens de santé	180	170	196	229	211	-8,1
Médecine scolaire	270	295	279	288	310	7,6
Médecine du travail	1 599	1 715	1 735	1 705	1 749	2,6
PMI - Planning familial	804	743	755	798	771	-3,3
Prévention des risques professionnels	279	236	287	321	345	7,7
Programme de suivi de populations spécifiques	93	110	126	139	154	11,1
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	276	251	257	253	263	4,3
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	34	50	50	868	765	-11,9
Ensemble de la prévention	5 162	5 443	5 523	8 591	16 917	96,9

so : sans objet.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure des dépenses de prévention entre 2020 et 2021

En %

a. En 2020**b. En 2021**

Md€ : milliards d'euros.

Source > DREES, comptes de la santé.

L'Assurance maladie finance l'essentiel des dépenses de vaccination et de dépistage

La participation de l'Assurance maladie au financement des dépenses de prévention s'est considérablement accrue avec l'épidémie. En 2021, elle finance 75 % des dépenses de prévention alors qu'elle n'en finançait que 30 % en 2019 (*graphique 3*).

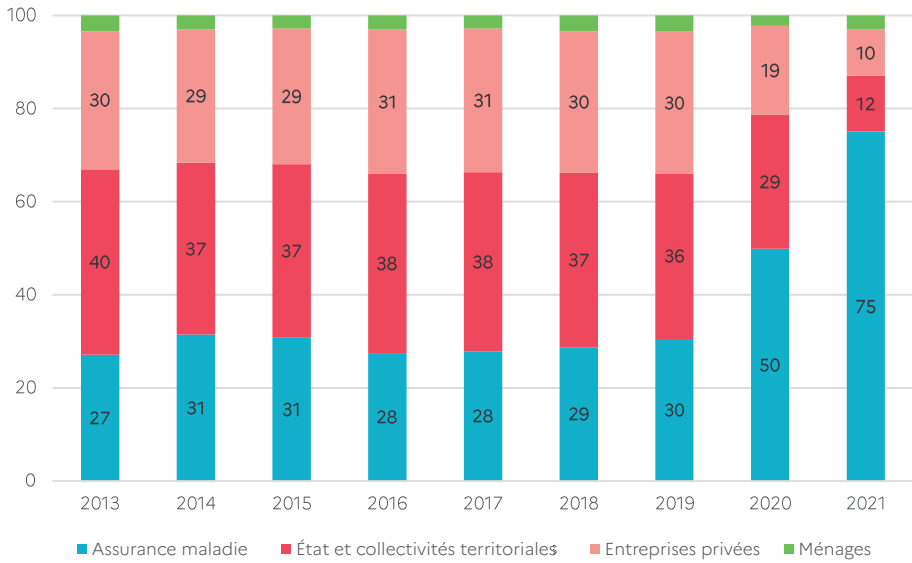
Les dépenses relatives à la vaccination et au dépistage ont été quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie (*graphique 4*).

La prise en charge par les entreprises privées au titre de la médecine du travail s'élève à 1,7 milliard d'euros.

Le financement par les ménages représente 3,0 % de la dépense de prévention, soit 0,5 milliard d'euros. Il s'agit des dépenses de dépistage du Covid-19 non prises en charge par l'Assurance maladie pour les patients non vaccinés à partir du 15 octobre 2021 pour 0,3 milliard d'euros, et de 0,2 milliard de dépenses d'achat de vaccin hors Covid-19 (grippe, vaccination infantile). ■

Graphique 3 Répartition par financeur des dépenses de prévention entre 2013 et 2021

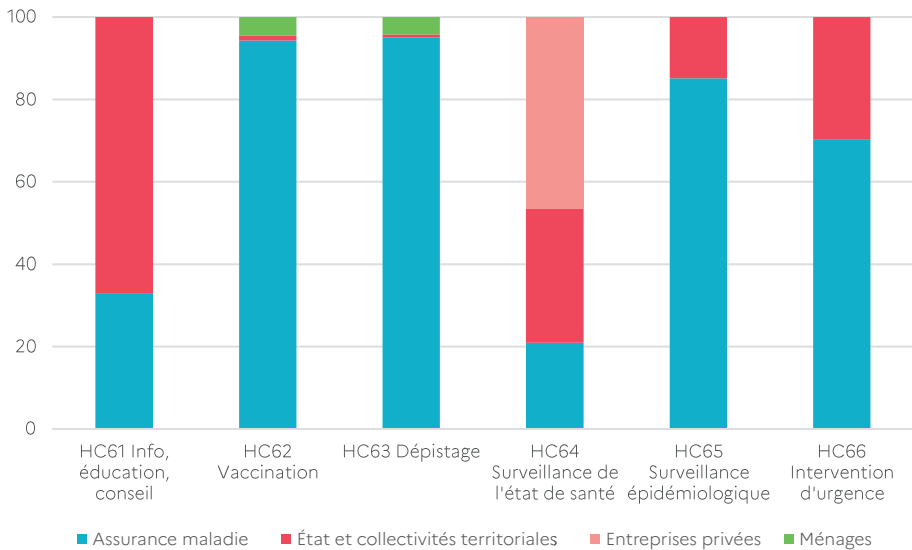
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention en 2021

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2021, les coûts de gestion du système de santé s'élèvent à 15,4 milliards d'euros ; ils augmentent de 1,7 % en 2021 (après -0,1 % en 2020). Dans le contexte de crise sanitaire, les moyens humains des agences régionales de santé ont été renforcés.

Les coûts de gestion du système de santé

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,4 milliards d'euros en 2021, en hausse de 1,7 % par rapport à 2020 (tableau 1). Ces coûts de gestion comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (43 % de l'agrégat) ;
- des organismes complémentaires (OC) : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance, au titre de leur activité en santé (50 % de l'agrégat) ;
- du budget de fonctionnement du ministère chargé de la santé, y compris celui des agences régionales de santé (ARS) [6 % 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.

Contrairement aux autres postes dont les dépenses se sont fortement accrues avec la crise sanitaire, l'augmentation des coûts de gestion est restée modérée en 2020 et 2021, poursuivant la faible tendance à la hausse observée depuis 2015.

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, car ces acteurs n'ont pas les mêmes rôles et ne réalisent pas exactement les mêmes tâches. Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer des attestations de couverture par la complémentaire santé solidaire [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. Les OC, quant à eux, font face à des coûts de publicité, pour gagner des clients. Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.) ou réalisent des actions complémentaires au remboursement (prévention, action sociale, etc.).

En 2021, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale augmentent de 0,9 % pour atteindre 6,6 milliards d'euros. Les coûts de gestion du ministère chargé de la santé (0,9 milliard d'euros) croissent de 13,7 % en 2021. La croissance est portée en partie par les dotations de l'État aux ARS (+32 millions par rapport à 2020), afin de renforcer leur capacité à suivre les contaminations de Covid-19. Également, l'Agence de santé de Wallis et Futuna a reçu en 2021 une enveloppe exceptionnelle de l'État pour un plan d'investissement de 45 millions d'euros. De leur côté, les coûts de gestion des opérateurs publics (0,2 milliard d'euros) restent stables.

Les coûts de gestion des OC suivent leur tendance des dernières années et atteignent 7,7 milliards d'euros en 2021 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles, 3,1 milliards pour les sociétés d'assurances et 1,0 milliard pour les institutions de prévoyance.

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'information (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.). Les contrats collectifs (souscrits par une personne morale au bénéfice d'un ensemble de personnes) ont globalement des coûts de ges-

tion réduits (*graphique 1*), en raison des économies d'échelle permises par l'interlocuteur unique qu'est l'entreprise souscriptrice. Les institutions de prévoyance, spécialisées sur la complémentaire santé d'entreprise, présentent

donc les coûts de gestion les plus faibles, en part des cotisations. Selon ce critère, les sociétés d'assurance ont des frais d'acquisition globalement plus élevés, tandis que les mutuelles ont des frais d'administration plus importants. ■

Tableau 1 Coûts de gestion du système de santé

En millions d'euros

	2011	2016	2019	2020	2021	Évolution 2021-2020 (en %)	Structure 2021 (part en %)
Régimes de Sécurité sociale¹	6 852	6 919	6 601	6 520	6 578	0,9	43
Organismes complémentaires²	5 837	7 180	7 571	7 621	7 711	1,2	50
Mutuelles	2 939	3 682	3 639	3 696	3 691	-0,1	24
Sociétés d'assurances	2 133	2 495	2 905	2 947	3 061	3,8	20
Institutions de prévoyance	765	1 004	1 027	978	960	-1,9	6
Ministère chargé de la santé³	786	812	819	831	945	13,7	6
Opérateurs publics⁴	149	147	173	179	168	-6,5	1
Total	13 623	15 058	15 164	15 151	15 401	1,7	100

1. CNAM, MSA et principaux autres régimes de base. La part des coûts de gestion des risques maladie et maternité affectée aux versements des indemnités journalières est exclue du calcul (*annexe 3*). 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.

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

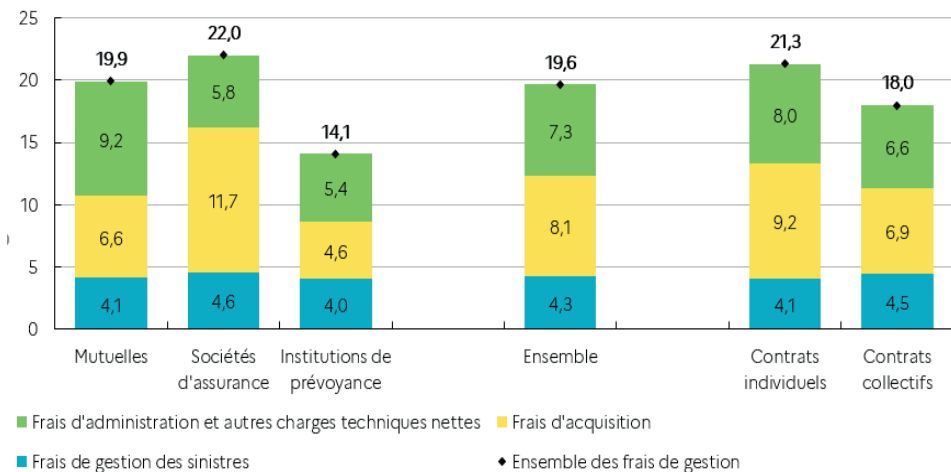
3. Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé : le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires, sociales, du sport, 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).

4. Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATIH, CNG, Anap, Fonds CMU/CSS et Oniam. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM) sont comptabilisés avec la prévention (*fiche 25*).

Source > DREES, comptes de la santé, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires et DSS, comptes de la Sécurité sociale.

Graphique 1 Coût de gestion en santé des organismes complémentaires en 2021, selon leur nature

En % des cotisations hors taxes perçues en santé



Lecture > En 2021, les frais de gestion des sinistres représentent 4,1 % des cotisations collectées en santé (frais de soins) pour les mutuelles.

Note > Les frais de gestion sont définis comme la somme des frais de gestion des sinistres, des frais d'acquisition et des frais d'administration et autres charges techniques nettes. Les subventions d'exploitation ne sont pas retirées ici.

Source > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.



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 (DCSi) permet de comparer les dépenses de santé entre pays. Elle couvre un champ plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui regroupe les seules dépenses relatives aux traitements directs d'une perturbation de l'état de santé, car elle comprend également les dépenses de prévention, les soins de longue durée et les dépenses de gouvernance. En 2020 et 2021, sous l'effet de la pandémie de Covid-19, la DCSi augmente fortement dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. Aux États-Unis, cette hausse atteint +10,3 % en 2020 puis +4,0 % en 2021. En France, l'augmentation est plus faible en 2020 (+3,7 %), mais elle s'accélère en 2021 (+9,8 %).

En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent 17,8 % de leur PIB à la DCSi en 2021, contre 12,3 % en France. En corrigeant des différences de pouvoir d'achat pour la santé, les DCSi française et américaine s'élèvent à 4 600 et 6 700 euros par habitant en 2021, chaque euro correspondant à un « euro français ». Le volume de soins de santé est ainsi 1,5 fois plus élevé aux États-Unis qu'en France.

Les soins courants, portés majoritairement par l'hôpital, représentent au minimum la moitié de la dépense de santé dans tous les pays européens. Les biens médicaux contribuent à une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches. Les pays du nord de l'Europe consacrent jusqu'à 30 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée, tandis que la France y consacre 17 %.

Le *System of Health Accounts* (SHA), qui prévoit un cadre harmonisé de présentation des statistiques sur les dépenses de santé, favorise les comparaisons internationales de dépense de santé. Son agrégat central est la dépense courante de santé au sens international (DCSi), déclinée par fonctions de dépense, prestataires et financeurs. Le SHA est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [annexe 7].

La DCSi a davantage augmenté en 2020 et 2021 qu'au cours des dix dernières années

En 2020 et 2021, sous l'effet de la crise sanitaire, la DCSi en valeur augmente dans la quasi-totalité des pays ayant communiqué des données à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹ [graphique 1]. La DCSi exprimée en part de PIB augmente même dans tous les pays de l'échantillon considéré en 2020, avant de diminuer dans une majorité de pays en 2021, à la faveur du rebond de l'activité

économique après sa chute de l'année précédente (graphique 2).

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, l'augmentation de la DCSi en 2020 (année pour laquelle les chiffres de l'OCDE sont semi-définitifs) est bien supérieure aux tendances observées avant la crise sanitaire, en prix courants et plus encore en part de PIB (graphiques 1 et 2). Dans tous les pays considérés, sauf la Grèce, la DCSi en prix courants avait pourtant augmenté de façon structurelle entre 2010 et 2019. Elle avait même crû dans une majorité de pays plus rapidement que le PIB.

En 2020, la DCSi évolue néanmoins de façon très différenciée suivant les pays. En valeur, la variation s'échelonne entre -3,3 % pour la Belgique et +19,5 % pour la Tchéquie. Le Royaume-Uni enregistre la troisième hausse de la DCSi la plus élevée parmi les pays de l'OCDE (+15,7 %), loin devant les États-Unis (+10,3 %), l'Allemagne (+6,3 %), la France (+3,7 %) et l'Italie (+2,6 %). La hausse généralisée de la DCSi tient pour l'essentiel aux dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19 : achats de masques, tests de dépistage, primes aux soignants, etc.

¹ Début juillet 2022, 42 pays ont communiqué leur DCSi 2020 semi-définitive à l'OCDE. 17 d'entre eux ont communiqué des résultats provisoires pour la

DCSi 2021. Les résultats provisoires pour la France sont présentés pour la première fois dans cet ouvrage (fiche 23 et fiches internationales).

Au Royaume-Uni, la hausse spectaculaire des dépenses de santé provient en particulier des coûts très élevés consacrés à l'acquisition des masques et des équipements de protection individuelle (qui ont été achetés en trop grande quantité et au-dessus des prix du marché), ainsi qu'à la mise en place du système de dépistage et de suivi des malades britanniques, le « Test and Trace System » (Chardon-Boucaud, 2022). La Belgique est l'unique pays d'Europe où la dépense de santé diminue en 2020 (-3,3 %). Cela tient essentiellement au fait que le pays n'a pas comptabilisé dans le calcul de la DCSi les indemnités versées aux professionnels de santé dont l'activité était limitée ou empêchée par la crise sanitaire. Sans prise en compte de ces compensations, la dépense de santé est de facto réduite par la diminution des soins provoquée par les déprogrammations d'opérations non urgentes à l'hôpital, ainsi que par la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement. La Belgique a également interdit les nouvelles admissions en maison de retraite pendant la crise, diminuant ainsi le volume de soins de longue durée.

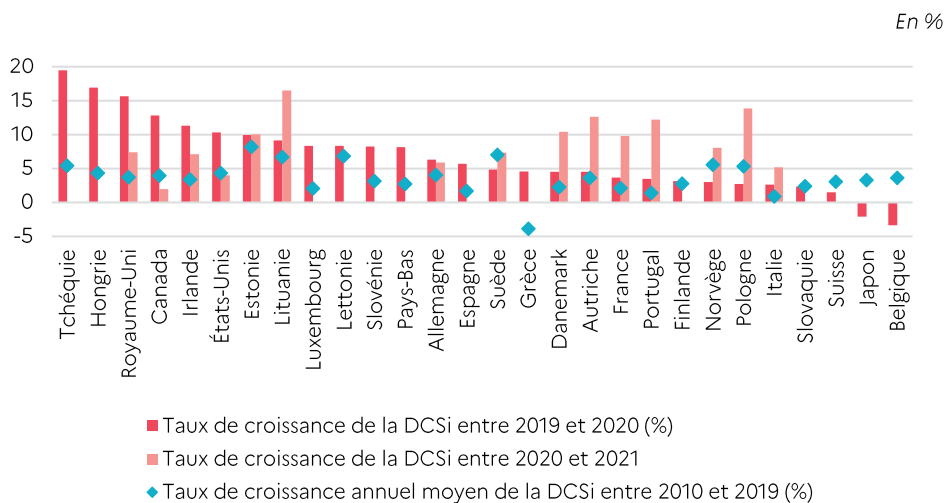
L'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

Avec une DCSi représentant 17,8 % de leur produit intérieur brut (PIB) en 2021, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 3*). Cinq points derrière, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,8 % de son PIB pour la santé, juste devant la France (12,3 %) et le Royaume-Uni (11,9 %). En moyenne, en 2020 (année où les données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE), les États membres de l'UE-27 consacrent 10,5 % de leur PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée : les pays de l'UE-15 (*glossaire*) y allouent en moyenne 11,4 % de leur PIB, contre 7,1 % pour les 13 nouveaux membres de l'UE depuis 2004 (NM-13) [*glossaire*].

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée si on s'intéresse au volume de soins procurés. Pour ce faire, il faut neutraliser les différences de pouvoir d'achat dans le secteur de la santé entre les pays¹. En effet, pour un même bien ou service de santé, les prix ne sont pas les mêmes selon les pays. La parité de pouvoir d'achat en santé (PPA santé, voir *glossaire*), est fondée sur une comparaison des prix pratiqués dans chaque pays pour un panier de produits et services de santé standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant. Elle permet d'ajuster les dépenses de santé par les prix, pour apprécier les différences de volume de produits et services consommés.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi en volume est la plus élevée : en 2021, elle atteint 6 700 euros en PPA santé par habitant (*graphique 4*). En France, que l'on utilise ici comme pays de référence (ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France), la dépense de santé s'élève à 4 600 euros en PPA par habitant en 2021. Les prix dans le secteur de la santé sont 64 % plus élevés aux États-Unis qu'ils ne le sont en France (*encadré*). Néanmoins, le fait que les États-Unis conservent la tête des pays de l'OCDE en parité de pouvoir d'achat révèle que le niveau très élevé de la dépense de santé aux États-Unis provient avant tout d'un effet volume. L'Allemagne, où les prix des biens et services de santé sont comparables avec ceux de la France, est, elle, le premier pays de l'UE-27 en termes de DCSi par habitant en PPA, avec une DCSi de 5 400 euros PPA par habitant en 2021. La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, rétrograde au 10^e rang pour ce qui est de la DCSi en euros et en PPA santé en 2020 (dernière année où sa dépense de santé a été communiquée à l'OCDE). À l'inverse, la Tchèque, pays de l'échantillon où les prix de santé sont les plus faibles, remonte au 3^e rang en 2020, juste derrière l'Allemagne.

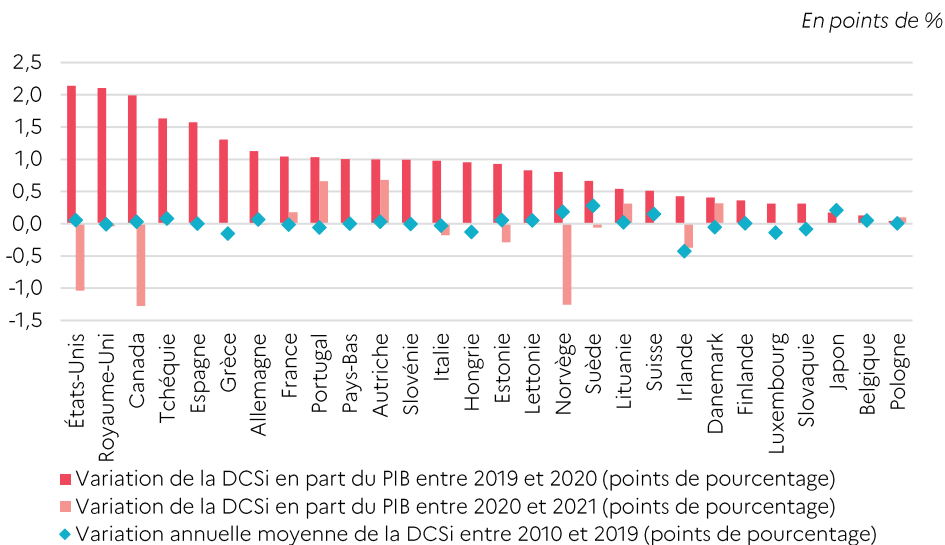
¹ En effet, la dépense de santé peut être décomposée ainsi : $DCSi = \text{volume de soins} \times \text{prix santé}$.

Graphique 1 Évolution de la DCSi en valeur en 2020 et 2021, et entre 2010 et 2019

Lecture > Aux États-Unis, la DCSi en valeur augmente de 10,3 % en 2020 et de 4,0 % en 2021. Elle avait augmenté en moyenne de 4,3 % par an entre 2010 et 2019.

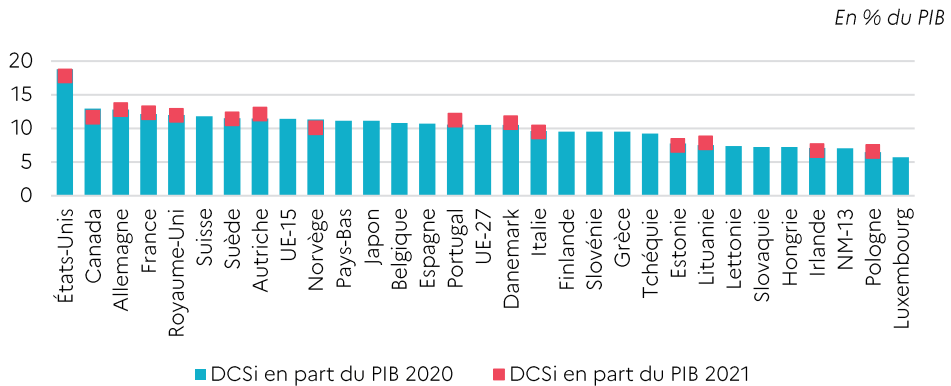
Note > Début juillet 2022, 42 pays ont communiqué leur DCSi 2020 définitive à l'OCDE. 17 d'entre eux ont communiqué des résultats provisoires pour la DCSi 2021. Les résultats provisoires pour la France sont présentés pour la première fois dans cet ouvrage.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Variation de la DCSi en part du PIB en 2020 et 2021, et entre 2010 et 2019

Lecture > Aux États-Unis, la DCSi a augmenté de 2,1 points de PIB en 2020 et diminué de 1,0 point de PIB en 2021.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 DCSi en % du PIB en 2020 et 2021

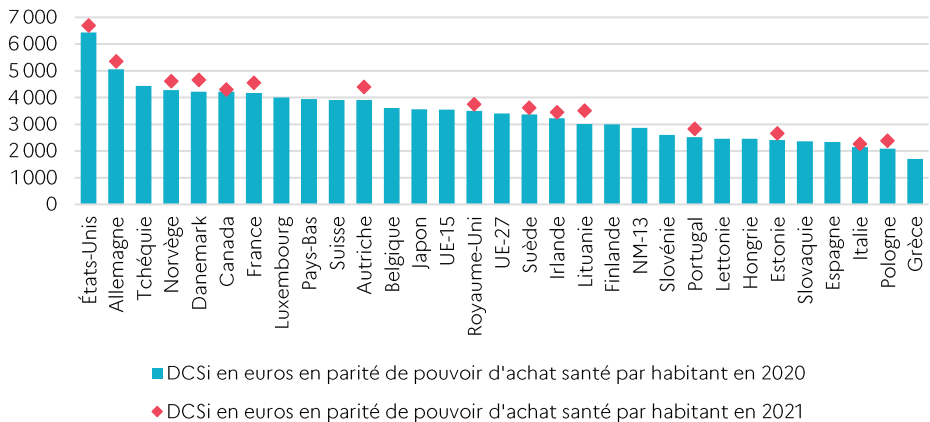
Lecture > Aux États-Unis, la DCSi représente 18,8 % du PIB en 2020, et 17,8 % du PIB en 2021.

Note > Les pays de l'UE-27 correspondent aux 27 pays membres de l'Union européenne (UE) en juillet 2022 (le Royaume-Uni n'en fait donc pas partie). Les pays de l'UE-15 correspondent aux pays qui appartenaient à l'UE entre 1995 et 2004 (le Royaume-Uni en fait partie). Les NM-13 correspondent aux 13 nouveaux membres de l'UE à partir de 2004. Les données pour Malte, seul pays de l'UE-27 à n'avoir pas communiqué sa DCSi 2020 à l'OCDE, portent sur l'année 2018. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 4 DCSi par habitant en volume en 2020 et 2021

En euros en parité de pouvoir d'achat santé (PPA santé) par habitant, France = 1



Lecture > Aux États-Unis, les dépenses de santé représentent 6 400 euros en parité de pouvoir d'achat santé (PPA santé) par habitant en 2020, et 6 700 euros en PPA santé par habitant en 2021. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des PPA de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

Note > Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour l'année 2017 (OCDE, 2021). Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2020. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1). Les données pour Malte, seul pays de l'UE-27 à n'avoir pas communiqué sa DCSi 2020 à l'OCDE, portent sur l'année 2018, comme pour le graphique 3.

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

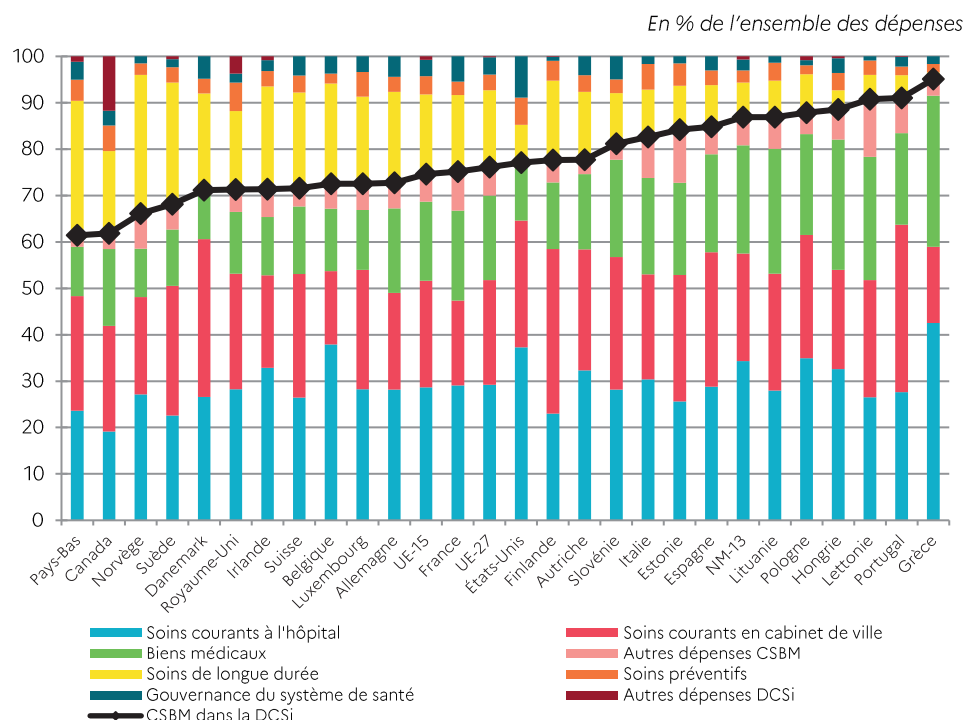
Des dépenses de santé concentrées dans les soins hospitaliers et de ville

La structure de la DCSi selon la fonction de la dépense varie considérablement d'un pays à un autre. Les soins courants constituent le principal poste de dépenses : en 2020 ils représentent 65 % de la DCSi aux États-Unis, dont 37 % pour les soins hospitaliers et 27 % en cabinet de ville (*graphique 5*). Dans l'UE-27, les soins courants représentent en moyenne 52 % de la DCSi, la France (53 %) et l'Allemagne (50 %) étant très proches de la moyenne européenne. Les dépenses consacrées aux soins de ville sont élevées dans quelques pays de l'Union comme le Portugal (36 %) ou la Finlande (36 %). À l'inverse, la France y consacre une plus faible part de sa DCSi (18 %), au profit des soins à l'hôpital (29 %) [*fiche 31*].

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et appareils médicaux) forment la deuxième grande catégorie de dépenses de santé. Leur part est particulièrement élevée dans les pays les moins riches de l'OCDE et dans ceux ayant une plus faible DCSi. Les biens médicaux représentent ainsi 23 % de la DCSi dans les NM-13, contre 17 % dans l'UE-15 (*fiche 32*). Les prix de ces biens sont en effet relativement homogènes à l'échelle mondiale, ce qui n'est pas le cas pour les services médicaux (en particulier les salaires des professionnels de santé) [OCDE, 2021]. La dépense consacrée aux

biens médicaux, incompressible, représente donc pour les pays du sud de l'Europe ou les NM-13 une plus forte proportion de leur DCSi.

La somme des soins courants (à l'hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM dans le *graphique 5*, voir *annexe 1* et *glossaire* pour la définition de la 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 61 % (Pays-Bas) à 95 % (Grèce) de la DCSi à la CSBM (75 % en France). L'essentiel de l'écart entre la CSBM et la DCSi correspond aux soins de longue durée aux personnes en perte d'autonomie (personnes âgées ou en situation de handicap). Ces dépenses sont plus élevées dans les pays du nord que dans ceux du sud ou de l'est de l'Europe, ce qui explique que la part de la CSBM dans la DCSi est plus élevée au sein des NM-13 (87 %) que dans l'UE-15 (75 %). La Norvège, les Pays-Bas et la Suède consacrent plus de 25 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée en 2020 ; à l'inverse, les soins de longue durée représentent moins de 5 % de la DCSi de la Grèce, de la Hongrie et du Portugal. En France, ces dépenses représentent 17 % de la DCSi en 2020 (*fiche 34*). ■

Graphique 5 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2020

Note > La CSBM (consommations de soins et de biens médicaux) dans la DCSi caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé : elle comprend les soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville ou à domicile), les biens médicaux et les services auxiliaires. Les autres dépenses CSBM correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile. Les autres dépenses DCSi sont les autres dépenses non classées ailleurs.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré Les niveaux de prix des biens et services de santé varient considérablement suivant les pays

Les variations de dépenses entre pays peuvent être dues à des différences liées aux prix des produits et des services achetés, ou à des différences de « volume », c'est-à-dire liées à la quantité de biens et services utilisés par les individus. C'est pour tenir compte de cette décomposition que l'on utilise les niveaux de prix (*price level indices* en anglais), qui indiquent le ratio des prix du même panier de produits et services dans différents pays. Sur le graphique ci-dessous, trois catégories de niveaux de prix sont présentées : la consommation individuelle effective (qui correspond à l'ensemble des biens et services acquis par les ménages), la santé (l'ensemble des biens et services de santé acquis par les ménages, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant) et les services hospitaliers. Ces données permettent d'ajuster les dépenses concernées par les prix, pour apprécier les différences de volume des produits et services consommés.

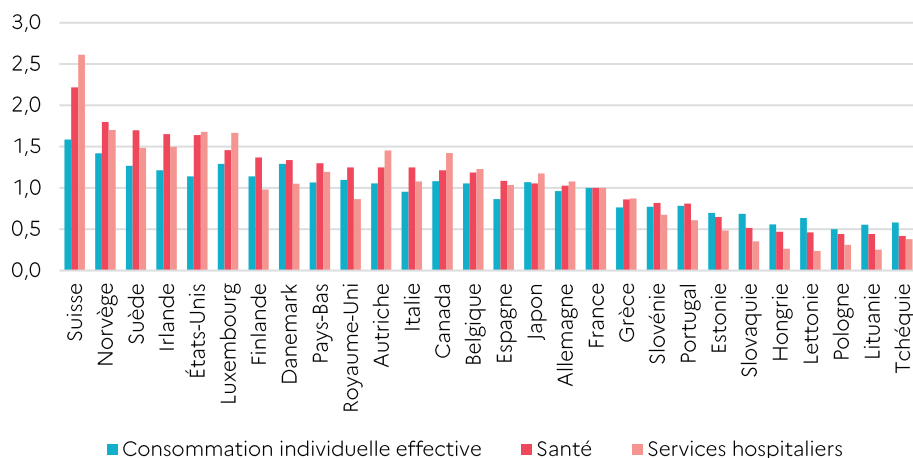
Les niveaux de prix varient considérablement suivant les pays. En règle générale, plus le pays dispose d'un PIB par habitant élevé, plus les prix pratiqués sont hauts. Les prix des biens durables (par exemple, les voitures) varient moins que les prix des services (par exemple, l'éducation et la santé). Le fait que les biens durables sont souvent soumis à la concurrence internationale dans différents pays réduit les écarts de prix ; les services, en revanche, sont généralement achetés localement. Les niveaux de salaire étant supérieurs dans les pays les plus développés, les prix des services sont eux aussi plus élevés. Les variations interpayes de prix dans le secteur de la santé,

secteur relativement intensif en main-d'œuvre, ont donc tendance à être plus prononcées que les différences par rapport à l'économie dans son ensemble.

C'est pourquoi, même en utilisant la France comme pays de référence (base 1), les niveaux de prix liés à la consommation individuelle effective en Suisse sont de 1,59, quand celles liées aux biens et services de santé atteignent 2,22 et celles liées aux services hospitaliers 2,61. Cela signifie que les prix pratiqués en Suisse sont 59 % plus élevés qu'en France pour l'ensemble des biens et services achetés par les ménages, 122 % plus élevés qu'en France pour les biens et services de santé et 161 % plus élevés qu'en France pour les services hospitaliers.

Les niveaux de prix sont mesurés par les services en charge de la comptabilité nationale des instituts statistiques nationaux. Pour les services hospitaliers, une enquête triennale est réalisée afin d'analyser la structure des prix. La dernière enquête en date diffusée date de 2017. Pour plus d'informations, voir Eurostat et OCDE (2012).

Graphique 6 Niveaux des prix d'achat par catégorie de biens et services en 2017, base France = 1



Lecture > Aux États-Unis, en 2017, les niveaux des prix dans le secteur de la santé, avec la France comme pays de référence (base 1), s'élèvent à 1,64. Cela signifie que pour un panier de biens similaires en santé, les prix aux États-Unis sont 64 % supérieurs à ceux pratiqués en France.

Note > Les niveaux des prix présentés ici proviennent de calculs effectués à partir des parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour l'année 2017 – l'OCDE ne fournit pas de données plus récentes pour les biens et services de santé. Les niveaux de prix correspondent à : PPA x taux de change. Plus précisément, ils ont été calculés à partir d'une base de l'OCDE indiquant les parités de pouvoir d'achat en monnaie nationale par euro en 2017, utilisant l'UE-28 comme base 1. Nous avons ajusté ces données du taux de change des monnaies nationales par rapport à l'euro, et choisi la France comme pays de référence (base 1). Donc, sur ce graphique, les niveaux de prix utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Source > OCDE, Statistiques sur le pouvoir d'achat et les taux de change (2022).

Pour en savoir plus

- > **Chardon-Boucaud, S.** (2022). Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1238.
- > **Eurostat et OCDE** (2012). *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012th ed.)*. Union européenne.
- > **OCDE** (2021). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE. Paris, France : édition OCDE.
- > **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021**, consultables sur <http://stats.oecd.org/>
- > **Statistiques d'Eurostat sur la santé 2021**, consultables sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- > **System of Health Accounts (SHA)**, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-sys>

La structure de financement des dépenses de santé entre assurances publiques, régimes privés et ménages varie entre les pays étudiés. Depuis une dizaine d'années, les assurances privées obligatoires se développent dans de nombreux pays. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire ; les États-Unis connaissent des évolutions comparables du fait de l'*Obamacare*. La crise sanitaire a par ailleurs légèrement modifié la structure de financement de la dépense courante au sens international (DCSi) en 2020 : vers moins de paiement direct des ménages et plus d'interventions publiques. En 2020, la France est le deuxième pays de l'OCDE, derrière les États-Unis, qui consacre la part la plus importante de sa DCSi à la gouvernance de son système (environ 5 % de la DCSi).

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 notamment en Allemagne, en France, aux Pays-Bas ou au Danemark.

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. Parmi les pays bénéficiant d'un système national de santé, cette part dépasse 80 % en Norvège, en Suède, au Danemark et au Royaume-Uni (respectivement 86 % pour les deux premiers, 85 % pour le Danemark et 83 % pour Royaume-Uni). Dans ces pays les résidents sont couverts automatiquement, mais le 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 classiquement en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité et l'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en Slovaquie, au Japon, en France ou en

Tchéquie, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2020 (respectivement 79 %, 77 %, 76 %, 75 % et 70 %). 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.

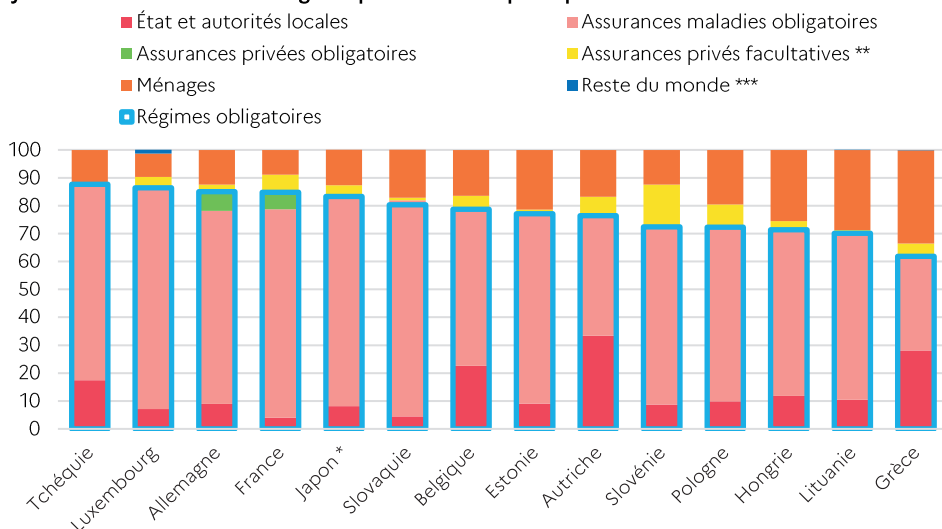
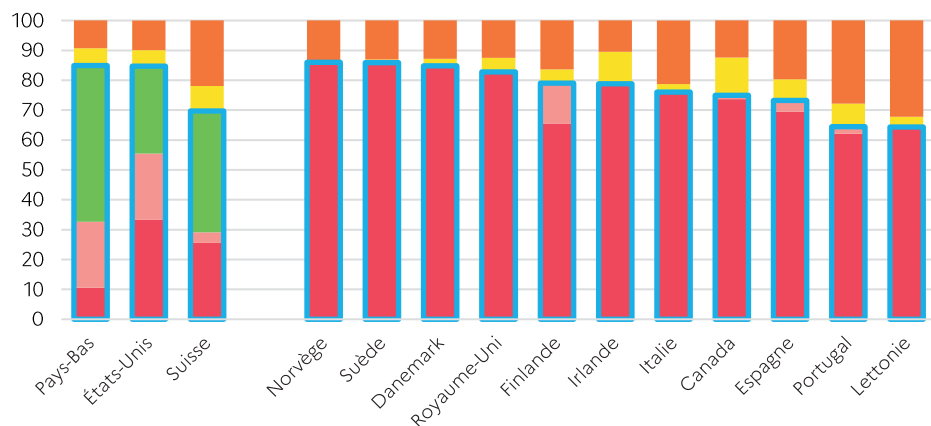
Si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes de ces dispositifs peut également provenir des transferts publics. Ainsi, en 2020, au Luxembourg, en Belgique, ou en Hongrie les recettes pour assurer le financement de la santé proviennent des transferts publics à hauteur respectivement de 38 %, 46 % et 48 % de l'ensemble des dépenses de santé (*encadré*). En France, en 2020, le financement du régime obligatoire est majoritairement assuré par des transferts publics (CSG, taxes et autres contributions sociales) : deux tiers des dépenses du régime obligatoire et 50 % de l'ensemble des dépenses de santé (les données sur le financement sont issues des comptes de la Sécurité sociale [DSS, 2021], *encadré*). Par ailleurs, depuis la mise en œuvre de la protection universelle maladie en 2016, la couverture santé ne dépend plus au premier chef de l'affiliation professionnelle.

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 remédier aux défaillances du marché ; Tous les résidents doivent

¹ Les données proviennent du questionnaire de l'OCDE sur les régimes de financement des soins.

contracter une assurance santé (dans une logique universelle), l'État 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'as-

urance. 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* (ACA ou *Obamacare*) oblige les particuliers à souscrire à une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladie, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées.

Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2020*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 services nationaux de santé (à droite)**

* Données 2019 ; ** et autres dispositifs facultatifs ; *** le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance santé obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Elle concerne majoritairement le Luxembourg (2 % de la DCSi), la Grèce et la Lituanie (moins de 1 % de la DCSi).

Note > Le Système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; 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 encore 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).

Sur cette même période, d'autres pays ont conforté leurs modèles de financement. Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est légèrement renforcée : elle représente 55 % (en 2019) du financement de la DCSi (contre 49 % en 2006). Des pays du sud de l'Europe ont également réduit, entre 2006 et 2019, 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 : +5 points au Portugal, +2 points en Italie, +1 point en Espagne. Le Royaume-Uni est également dans cette situation de hausse du reste à charge des ménages (+2 points).

La crise sanitaire a modifié la structure de financement de la DCSi entre 2019 et 2020

La crise sanitaire du Covid-19 a modifié la structure de financement de la DCSi dans de nombreux pays. Les dépenses de santé liées au Covid-19, essentiellement assurées par les hôpitaux, ont été financées en grande partie par les régimes obligatoires. Par ailleurs, des soins n'ont pas été réalisés en 2020, soit en raison des confinements, soit en raison du report des interventions chirurgicales et d'actes médicaux non urgents pour privilégier les activités liées au Covid-19. Le volume des soins dentaires, dont la participation des ménages au financement est plus élevée que pour d'autres soins, a ainsi chuté en 2020 dans de nombreux pays de l'OCDE comparé à 2019 (en France, on constate par exemple une réduction d'environ 10 % du volume de soins dentaires [Gonzalez, 2021]).

On observe ainsi entre 2019 et 2020 une augmentation de la part de la DCSi pris en charge par les régimes obligatoires et en particulier par l'État et les autorités locales pour de nombreux pays de l'OCDE : +7 points de pourcentage (pp) aux États-Unis, +4 pp aux Pays-Bas et au Portugal, +3 pp en Suisse, en Espagne et au Royaume-Uni, +2 pp en Allemagne, en Suède et en Italie. Pour le cas de la France, la part de la DCSi prise en charge par l'assurance maladie a crû (+2 pp). Corrélativement, les autres postes de financement ont diminué en 2020. La contribution des ménages au financement de la dépense courante de santé a diminué de 3 pp (Portugal, Suisse) à 1 pp (États-Unis, Suède, France et Allemagne). La participation des assurances privées obligatoires ou facultatives à la DCSi a également baissé dans de nombreux pays : France, Allemagne, Pays-Bas, États-Unis, Espagne, Portugal, notamment. Ces assurances interviennent très souvent dans le remboursement des soins dentaires et optiques, ou encore la prise en charge des tickets modérateurs (Lafon et Montaut, 2017).

Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2006, 2019 et 2020*En % de la dépense courante de santé internationale (DCSi)*

* Et autres dispositifs facultatifs.

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Des dépenses de gouvernance en moyenne plus faibles pour les systèmes gérés directement par l'État

Les dépenses de gouvernance comprennent l'ensemble des services qui soutiennent le fonctionnement des systèmes de santé : la gestion

des remboursements par les divers opérateurs (publics ou privés), les autres frais d'administration de ces organismes, les frais publicitaires pour les opérateurs privés, ainsi que le budget des ministères en charge de la santé et des différents opérateurs publics¹. Aux États-Unis en 2020, tous financeurs publics et privés confor-

¹ En France, les dépenses de gouvernance comprennent les charges de gestions (allant du traitement des feuilles de soins, à la délivrance des attestations de couverture par la complémentaire santé solidaire [CSS] ou des admissions en affection

de longue durée [ALD], en passant par les frais de publicité), mais également les budgets de fonctionnement des agences sanitaires et du ministère de la Santé et de la Prévention (fiche 26).

dus, elles représentent 9 % de la DCSi (*graphique 3*). La France¹, la Slovénie et le Danemark suivent avec environ 5 % de la DCSi consacré à la gouvernance (respectivement 5,4 %, 5,0 % et 4,8 %). De manière générale, les dépenses de gouvernance les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays avec une gestion majoritairement réalisée par des caisses de sécurité sociale ou des assureurs privés.

Parmi les systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques, après la France et la Slovénie, l'Allemagne consacre 4,4 % de ses dépenses de santé à la gouvernance et la Belgique 3,8 %. Les dépenses de gouvernance des systèmes d'assurance maladie gérés majoritairement par des opérateurs privés à l'instar des Pays-Bas et de la Suisse s'élèvent à hauteur de 4 % de la DCSi ; un niveau élevé mais bien inférieur à celui des États-Unis.

Les systèmes nationaux de santé gérés par l'État ont globalement des dépenses de gouvernance inférieures : ils y consacrent de 0,8 % de la DCSi en Finlande à 3,0 % au Canada ; le Danemark² fait exception : les dépenses de gouvernance y représentent 4,8 % de la DCSi.

Les dépenses de gestion des assurances privées obligatoires ou facultatives dans les coûts de gestion sont relativement élevées pour plusieurs pays de l'OCDE quel que soit le système

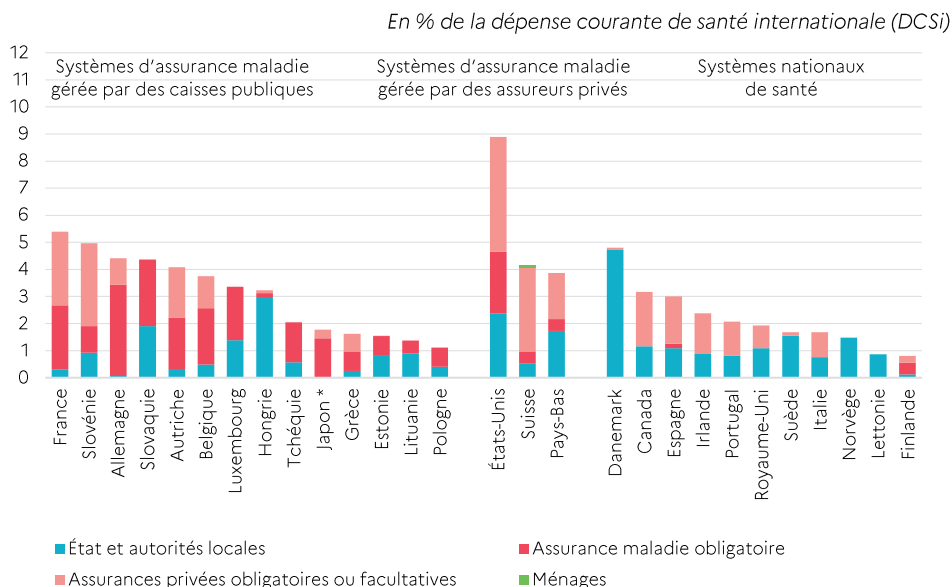
d'assurance maladie : près de 50 % aux États-Unis et en France, et il est supérieure à 60 % pour la Slovénie, la Suisse, le Canada, l'Irlande et le Portugal.

En France, les organismes complémentaires comptent pour 50 % des dépenses de gouvernance tout en ne finançant que 12,5 % des dépenses de santé. Cela s'explique en partie par la forte « complémentarité » de la couverture complémentaire et de la couverture de base en France (Paris et Polton, 2016 ; Lafon et Montaut, 2017). En effet, en France, l'assurance maladie privée intervient dans une logique de cofinancement public et privé pour la quasi-totalité des soins et des biens médicaux. Les économies d'échelles dans les coûts de gestion devraient donc être moins importantes dans le cadre du système français que dans d'autres pays. De plus, en France, selon l'OCDE, 96 % des français sont couverts par une assurance privée, contre 84 % des néerlandais (où les assurances privées financent la part la plus élevée de la DCSi parmi les pays de l'OCDE) et 25 % de la population en Allemagne (OCDE, 2021). La Cour des comptes a néanmoins souligné que les dépenses de gouvernance du système de santé français ont augmenté de 16 % en dix ans notamment du fait des organismes complémentaires, dont les dépenses de gouvernance ont crû de 46 % entre 2009 et 2018 [Cour des comptes, 2021]. ■

¹ Les données sur la gouvernance ont été révisées à baisse pour la France entre cet ouvrage et celui de 2021 (Gonzalez, et al., 2021) [annexe 3].

² Entre l'ouvrage sur les comptes de 2021 et celui-ci, une importante révision méthodologique est intervenue sur les dépenses de gouvernance au Danemark. Les données ont été rétopolées jusqu'à 2010 et révisées en moyenne (environ +2 points).

Graphique 3 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2020



* Données 2019.

Note > D'importantes révisions sont intervenues entre le compte 2019 et le compte 2020 en France. Elles sont décrites dans l'annexe 3.

Lecture > En France en 2020, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5,4 % de la DCSI, dont 2,7 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultative, 2,4 % de dépenses de l'assurance maladie obligatoire et 0,3 % de dépenses de l'État.

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

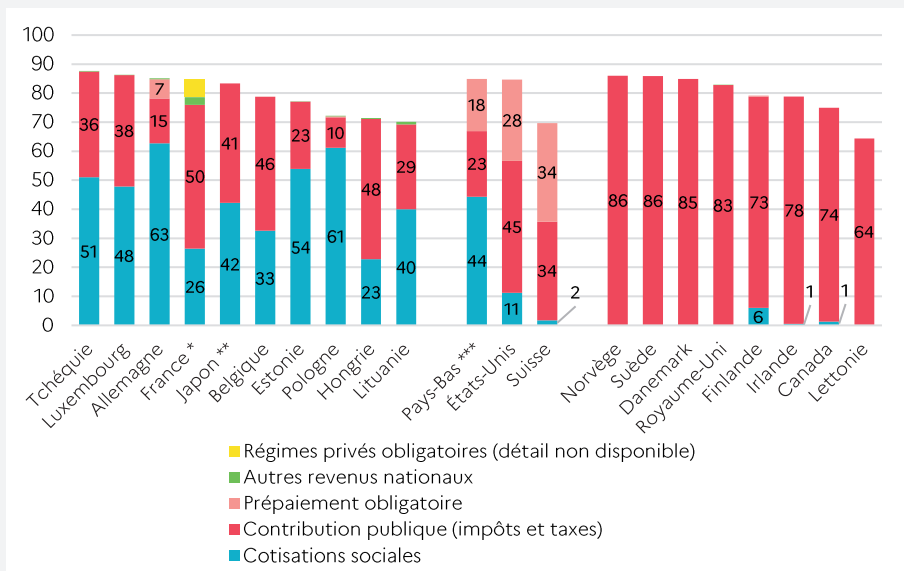
Encadré Les recettes des régimes obligatoires de financement des soins

Les régimes obligatoires de santé sont généralement financés par des prélèvements obligatoires (cotisations et contributions sociales, impôts et taxes).

La part des transferts publics dans les recettes des systèmes de santé varie considérablement selon le système d'assurance maladie en place. Ainsi, dans les systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques de sécurité sociale, les dépenses de santé proviennent à parts relativement égales des transferts publics et des cotisations sociales. Au Luxembourg par exemple, les recettes de l'assurance maladie sont respectivement financées à 38 % et à 48 % par les transferts publics et les cotisations sociales. À l'inverse, les pays dans lesquels l'État assure un service national de santé sont quasi exclusivement financés par des contributions publiques : c'est le cas notamment de la Norvège, de la Suède et du Danemark. Enfin, dans les systèmes d'assurance maladie gérée par des assureurs privés, les assurés versent des primes régulières à leur caisse d'assurance maladie (primes d'assurance par exemple) qui complète les recettes des régimes obligatoires de santé (de 18 % aux Pays-bas à 34 % de la part des régimes obligatoires en Suisse).

Graphique Les recettes des régimes obligatoires de santé

En % des dépenses de santé



* Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale ainsi que des chiffres clés de la Sécurité sociale (DSS, 2021). Elles concernent uniquement la branche maladie du régime général de l'assurance maladie. La segmentation entre les différents types de financement des régimes privés obligatoires n'est donc pas disponible pour ce pays et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. Néanmoins, les organismes complémentaires sont essentiellement financés par les cotisations des ménages ou des entreprises qui prennent en charge une partie des primes des complémentaires santé ; ** données 2019 ; *** données 2017.

Note > La catégorie « contribution publique » inclut les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique, les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts directs étrangers.

En France, les cotisations sociales comprennent les cotisations et les cotisations prises en charge par l'État. Les contributions publiques comprennent la CSG, les contributions sociales diverses, impôts et taxes et les autres transferts.

Lecture > En France, en 2020, la part des régimes obligatoires est de 85 %. Les recettes des régimes obligatoires proviennent à 26 % des cotisations sociales, à 50 % de la contribution publique et à 3 % d'autres revenus nationaux. Le détail n'est pas disponible pour les régimes privés obligatoires, qui représentent 6 % des régimes obligatoires.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

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.
- > **De Williencourt, C.** (2021). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Rapport DREES.
- > **Direction de la sécurité sociale** (2021). *Les chiffres clés de la Sécurité sociale*, septembre 2020.
- > **Gonzalez, L., et al.** (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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** (2021). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : édition OCDE.
- > **OCDE** (2021). Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19. *OECD Journal on Budgeting*, vol. 21/1.
- > **Paris, V. et Polton, D.** (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?, *Regards EN3S*, 49.

En 2020, le reste à charge (RAC) des ménages en France s'établit à 8,8 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi); c'est le plus faible de l'OCDE, après le Luxembourg (8,5 %). Pour la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la crise sanitaire a induit une baisse de la part de la DCSi financée par les ménages. Les biens médicaux ainsi que les soins courants en cabinet de ville sont les premiers contributeurs au RAC des ménages parmi les pays observés. Les soins de longue durée ont une contribution importante au RAC des ménages en France (43 %), comme en Allemagne.

En élargissant le RAC des ménages aux frais engendrés par les assureurs privés qui sont à la charge des ménages, il s'établit à 11,6 % en France, et 14,1 % aux États-Unis.

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages peuvent constituer un frein à l'accès aux soins (*fiche 30*). Dans la plupart des pays de l'OCDE, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir leur accès aux soins. Dans ceux présentés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (par exemple en Allemagne, le reste à charge est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées – pays de l'Europe du Sud) ou pour les femmes enceintes.

Au Luxembourg et en France, la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est faible

Dans tous les pays considérés ici, les États, les assurances maladie obligatoires ou les assurances privées obligatoires assurent la majeure partie du financement des dépenses de santé : cette part s'établit en moyenne à 80 % dans l'UE-15 en 2020 (*fiche 26*). 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 payé par les ménages : on parle communément de reste à charge des ménages¹. Ce reste à charge (RAC) constitue un frein potentiel à l'accès aux soins et peut conduire

certaines ménages à y renoncer, d'où l'intérêt porté par les États à cet indicateur. En 2020, en moyenne dans les pays de l'UE-15, 13,7 % de la DCSi reste à la charge des ménages (*graphique 1*). Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (33,4 % en Grèce, 27,8 % au Portugal et 21,3 % en Italie), dans les nouveaux membres (18,7 % en moyenne [*glossaire*]) et en particulier en Lituanie et en Lettonie (respectivement 28,7 % et 32,3 %), ainsi qu'en Suisse (22,0 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, en 2020, la France a le second RAC le plus faible, en proportion de la DCSi (8,8 %), juste après le Luxembourg (8,5 %). Quatorze pays ont une part de la DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 15 %. Les États-Unis, où la mise en place en 2014 d'Obamacare – dont l'extension de la population couverte par Medicaid² et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle – a conduit à une restructuration du financement de la DCSi, présentent aujourd'hui un RAC relativement faible (9,9 %).

Exprimé en euros et par habitant, le RAC des ménages est nettement supérieur en Suisse (1 980 euros par habitant) à celui des autres pays comparés ici, y compris aux États-Unis, second pays avec le RAC en euros par habitant le plus élevé (1 030 euros par habitant) [*graphique 2*]. Dans l'UE-15, il s'établit en moyenne à 550 euros par habitant contre 210 euros en moyenne pour les nouveaux membres (NM). Au sein de l'UE-15, c'est en France que le RAC en euros par habitant est

¹ Le reste à charge 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 ou la DREES pour la France est décrit dans le glossaire.

² Medicaid est un programme d'assistance en matière de santé qui s'adresse aux personnes à faible revenu de tout âge. Medicare est un programme qui s'adresse aux personnes de 65 ans ou plus, aux personnes handicapées et aux patients sous dialyse, quel que soit leur revenu.

le plus faible (370 euros par habitant). Il est supérieur en Allemagne (650 euros), en Finlande (670 euros), en Suède (690 euros), en Belgique (700 euros), au Danemark (720 euros) et en Autriche (820 euros).

En tenant compte des différences nationales en matière de prix des biens et services de santé pour les ménages (les parités de pouvoir d'achat en matière de santé [PPA santé, *glossaire*]), les différences de volumes de soins restant à la charge des ménages semblent moins importantes entre les pays observés (*graphique 2*). En effet, avec cet indicateur, le ratio entre le pays dont le RAC est le plus élevé et celui dont le RAC est le plus faible passe de 12 à 3. Le RAC en volume atteint ainsi 870 euros PPA santé par habitant en Lituanie, et son niveau le plus faible s'établit à 320 euros PPA en Slovaquie.

En 2020, on observe une diminution du paiement direct des ménages en raison de la crise sanitaire

La crise sanitaire de 2020 a eu un effet indirect sur le financement des dépenses de santé. Les mesures mises en œuvre pour endiguer la crise sanitaire ont réduit les activités de soins courants dans des domaines où la participation des ménages est plus élevée, comme les soins dentaires. Au contraire, les soins à l'hôpital généralement pris en charge par les assurances maladie ont augmenté (hospitalisation dues au Covid-19).

De manière générale, on observe que pour la majorité des pays de l'OCDE étudiés ici, la

part de la DCSi financée par les ménages a diminué en 2020 (*graphique 1*). Entre 2019 et 2020, on observe ainsi une diminution moyenne du RAC de 1,5 point de pourcentage (pp) pour les pays de l'UE-15, jusqu'à 3 pp en Suisse, en Lettonie et au Portugal, et 2,5 pp en Belgique, au Canada et en Tchéquie. En France, la part du RAC dans la DCSi diminue également, de 9,5 % à 8,8 % (-0,7 pp).

C'est en France que le reste à charge pour la consommation de soins et de biens médicaux est le plus faible

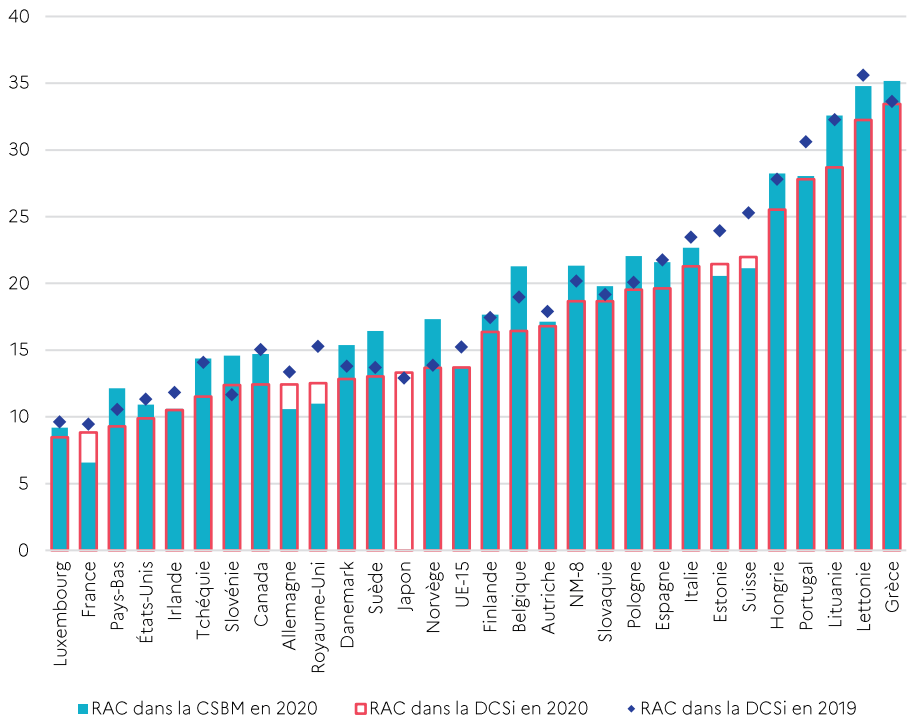
En France, afin d'analyser le RAC des ménages on se restreint généralement à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire la DCSi hors dépenses de soins de longue durée (SLD), de prévention et de gouvernance du système de soins.

Pour de nombreux pays étudiés, le reste à charge dans la CSBM est légèrement supérieur au reste à charge dans la DCSi à l'exception de la France, de l'Allemagne, du Royaume-Uni, de l'Estonie et la Suisse (*graphique 1*).

C'est en France que le reste à charge dans la CSBM est le plus faible des pays observés : 6,6 % de la CSBM (contre 8,8 % de la DCSi), suivi du Luxembourg (9,2 %), de l'Allemagne et de l'Irlande (les deux 10,6 %). Ce sont essentiellement les dépenses concernant les soins de longue durée qui pèsent dans le reste à charge des ménages français et font croître la part du RAC dans la DCSi.

Graphique 1 Reste à charge des ménages concernant les dépenses courantes de santé au sens international et de la consommation de soins et biens médicaux en 2020 (et 2019 pour le losange)

En % de l'ensemble des dépenses



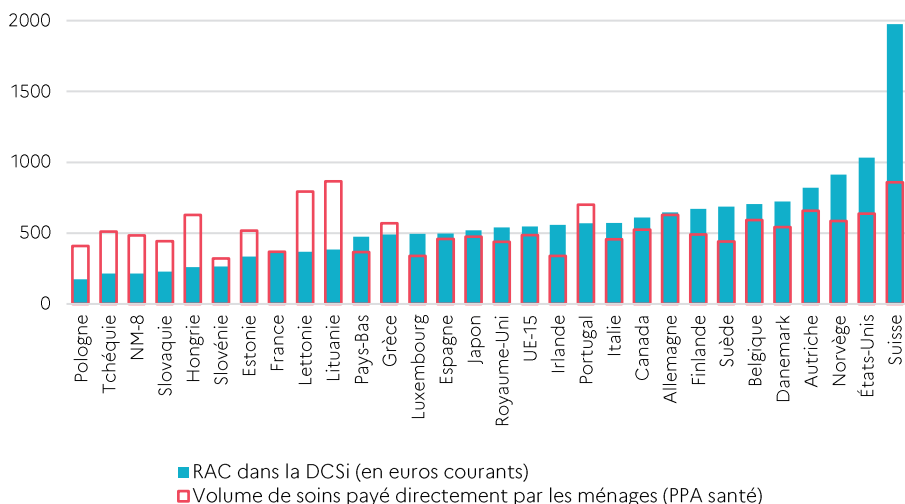
Note > La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) regroupe les fonctions suivantes de la DCSI : HC1 : soins courants curatifs, HC2 : soins courants de réhabilitation, HC4 : les services auxiliaires, HC5 : les biens médicaux.

Lecture > Au Luxembourg, le RAC dans la DCSI s'élève à 8,5 % en 2020. Il est légèrement supérieur concernant la CSBM : 9,2 % de la CSBM. En 2019, le RAC dans la DCSI était de 9,6 %, soit 0,9 point de plus qu'en 2020.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Reste à charge des ménages concernant les dépenses courantes de santé au sens international en euros courant et en volume de soins

En euros courants et en PPA santé par habitant



Note > Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour l'année 2017. Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2020. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Lecture > En Pologne, le RAC dans la DCSi est d'environ 200 euros par personne en 2020 (170 euros). En tenant compte des différences de prix entre les pays, en Pologne le RAC représente environ 400 euros en parité de pouvoir d'achat santé par habitant en 2020. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des parités de pouvoir d'achat de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les soins de longue durée pèsent beaucoup dans le reste à charge en France

En France, comme dans l'ensemble des pays observés, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la DCSi (fiche 26).

Ce sont les achats de biens médicaux (produits pharmaceutiques, optiques et dentaires) qui contribuent le plus au reste à charge des ménages dans la plupart des pays observés : en moyenne, parmi les nouveaux membres (NM-8) [glossaire] ils représentent 63 % du RAC, et près de 40 % pour les pays de l'UE-15 (graphique 3). En Pologne les biens médicaux représentent 72 % du RAC des ménages. Parmi les pays étudiés, la France, la Belgique, l'Irlande et la Suisse, se distinguent avec une contribution des biens médicaux au reste à charge inférieure à 30 % du reste à charge total des ménages (avec respectivement 29 %, 30 %, 29 % et 20 % du RAC total).

Les soins en cabinet de ville représentent également une part importante du RAC, qui varie

nettement entre pays, de 11 % en Slovaquie à 42 % en Suisse.

Les dépenses de santé à l'hôpital engendrent peu de RAC pour les ménages : 6 % du RAC en moyenne pour l'UE-15 comme pour les NM. Quelques pays font toutefois figure d'exceptions, avec une part importante de RAC provenant des dépenses hospitalières. C'est le cas de la Grèce, la Belgique et les Pays-Bas avec respectivement une contribution des dépenses hospitalières de 32 %, 27 % et 19 % au RAC.

Les soins de longue durée (SLD) peuvent s'avérer onéreux pour les ménages, et ce même après intervention des régimes obligatoires et facultatifs d'assurance.

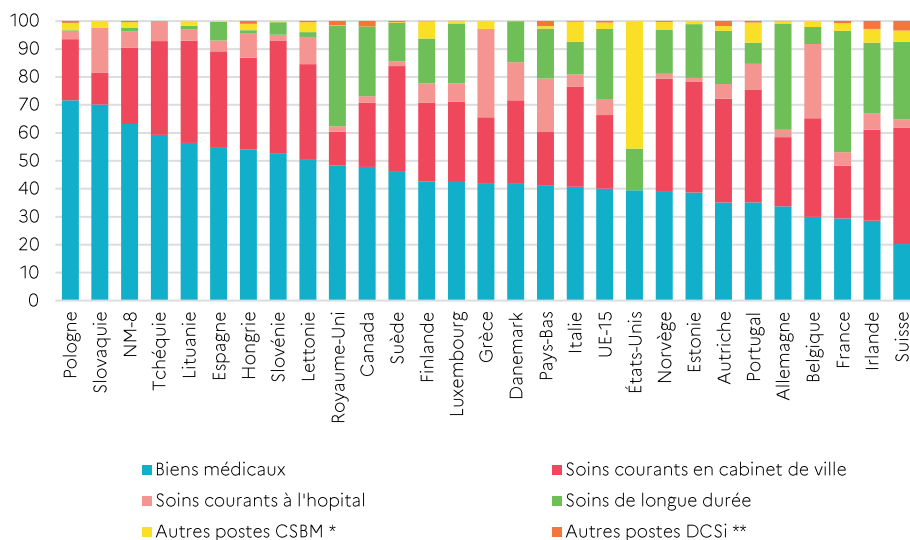
En France, près de la moitié du RAC en santé est lié aux SLD (43 %), ce qui n'est pas le cas de la majorité des autres pays observés. Comme pour la France, en Allemagne, en Suisse et au Royaume-Uni, les soins de longue durée occupent une place non négligeable dans le reste à charge des ménages : ils représentent près d'un tiers du reste à charge par habitant. C'est dans

les pays du nord de l'Europe que les ménages dépensent le moins pour les SLD. La part des SLD dans le reste à charge des ménages est ainsi de 13 % en Suède, 14 % au Danemark et 15 % en Norvège. De même, dans les pays du sud de l'Europe, le RAC des ménages pour les dépenses

de SLD reste relativement faible : respectivement 7 %, 8 % et 12 % de l'ensemble du RAC en Espagne, au Portugal et en Italie. Ces montants de RAC sont toutefois à mettre en perspective avec la faiblesse des dépenses de SLD dans ces pays.

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages en 2020

En % du RAC dans la DCSi



* Les autres dépenses CSBM correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile.

** Les autres dépenses DCSi correspondent à la prévention institutionnelle et aux autres dépenses non classées ailleurs. En dehors de la Suisse, aucun pays n'a de reste à charge sur les dépenses de gouvernance.

Note > Pour les États-Unis, la décomposition du RAC pour les soins courants en cabinet de ville ou à l'hôpital n'est pas disponible. Ils sont donc regroupés dans autres postes CSBM.

Lecture > En 2020, le reste à charge pour les biens médicaux représente 72 % du reste à charge en santé des ménages en Pologne.

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

Un reste à charge plus élevé si on prend en compte les dépenses de gouvernance des organismes complémentaires

Parmi les dépenses qui composent la DCSi, les dépenses de gouvernance du système de soins ont un statut particulier : ces dépenses ne bénéficient pas directement aux ménages dans le cadre de remboursements de soins, mais elles sont payées directement par les ménages par le biais des primes d'assurance pour les organismes privés ou indirectement par des prélèvements sociaux et fiscaux.

L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), pour le cas français, dans une publication de 2016 avait déjà mis en exergue la particularité des remboursements issus des organismes complémentaires en identifiant un indicateur de « restes à charge publics » qui rassemblait toutes les dépenses de santé non financées par la Sécurité sociale (Perronnin, 2016). Cette analyse est extrêmement large et peu adaptée à l'analyse comparative ; en revanche, elle est féconde, car elle permet d'identifier tous les frais engendrés par les organismes complémentaires qui remboursent les soins de santé.

C'est d'autant plus intéressant que ces frais peuvent représenter un coût non négligeable et très variable selon les pays.

Des indicateurs de RAC dit « élargi » aux dépenses de gouvernance des assureurs privés ont donc été construits. Ceux-ci sont relativement élevés dans certains pays d'Europe de l'Ouest, à l'image des Pays-Bas, de la Suisse, de la France, de l'Irlande, mais également du Canada et des États-Unis. En tenant compte des frais de gouvernance, le RAC de la France s'établit à 11,6 % et celui des États-Unis à 14,1 % de la DCSI (*graphique 4*).

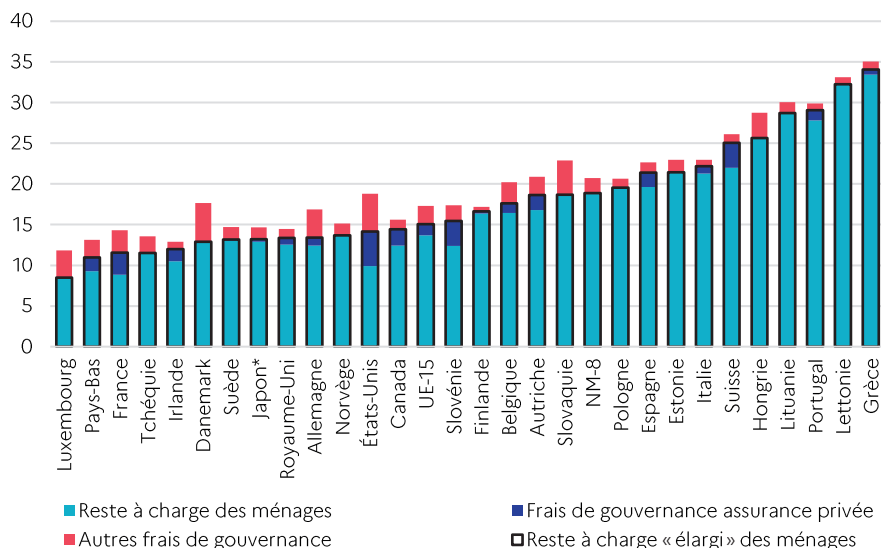
En proportion, les frais de gouvernance des assurances privées représentent entre 12 % et

30 % du reste à charge « élargi » (de 12 % en Suisse et en Irlande, 13 % au Canada et 15 % au Pays-Bas à 23 % en France et 30 % aux États-Unis). À l'inverse, les frais de gouvernance des assurances privées sont particulièrement bas dans les pays du nord de l'Europe : Danemark, Suède, Norvège et Finlande (*fiche 27*).

À cela, on pourrait ajouter les autres frais de gouvernance, qui sont indirectement financés par les ménages par le biais de cotisations sociales, d'impôts et de taxes, qui sont inégalement réparties selon les pays. La position relative de la France serait sensiblement modifiée par cet ajout.

Graphique 4 Reste à charge des ménages élargi aux dépenses de gouvernance en 2020

En % de la DCSI



Lecture > Aux Pays-Bas, le reste à charge des ménages représente 9,3 % de la DCSI. Les frais de gestion des assureurs privés représentent 1,7 % de la DCSI. Le reste à charge élargi au Pays-Bas est ainsi de 11 % de la DCSI.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

En France, le taux d'effort des ménages en matière de santé est parmi les plus bas

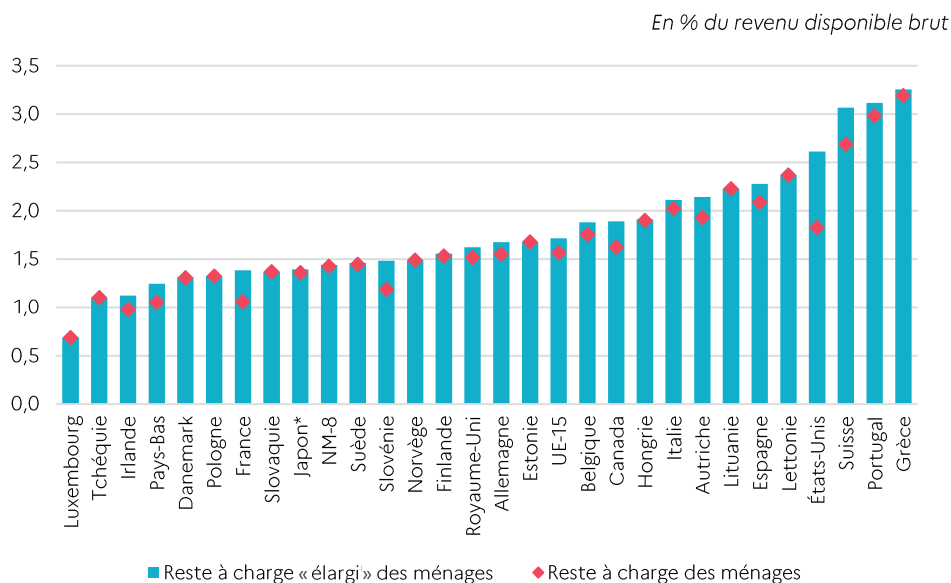
Le taux d'effort des ménages en matière de santé rapporte le reste à charge des ménages à

leur revenu disponible brut. Le taux d'effort des ménages en matière de santé varie de 0,7 % du revenu disponible brut au Luxembourg à 3,2 % en Grèce (*graphique 5*). En France, il s'établit à 1,0 % en 2020 ; Il est sensiblement inférieur à celui de l'Allemagne (1,6 %) des États-Unis (1,8). ■

¹ L'analyse porte sur les seules dépenses de gouvernance réalisées par les assurances privées obligatoires ou facultatives dans le Système international des comptes de la santé (SHA), c'est-à-dire les frais

de gestion des sinistres, les frais d'acquisition (frais publicitaires) etc. La rémunération du capital, autrement dit les bénéfices pour les assureurs, n'est pas prise en compte dans cette analyse.

Graphique 5 Reste à charge des ménages et reste à charge élargi aux dépenses de gouvernance dans le revenu disponible brut en 2020



Lecture > En 2020, les restes à charge des ménages représente 2,7 % du revenu disponible brut en Suisse. Si on considère le RAC élargi aux dépenses de gouvernance, il représente 3,1 % du revenu disponible brut.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Pour en savoir plus

> Perronnin, M. (2016, mai). Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. *Questions d'économie de la Santé (QES)*, 218.

La France se situe en dessous de la moyenne des pays de l'UE-15 pour la densité de médecins, et au niveau de la moyenne de l'UE-15 pour la densité d'infirmiers. Le rôle des professionnels de santé variant d'un pays à l'autre, la comparaison des densités peut toutefois être délicate. Si la densité de médecins a progressé dans les nouveaux pays membres (NM) durant la dernière décennie, sa progression reste assez faible en France et en Italie. Par ailleurs, certains pays recourent à de nombreux médecins formés à l'étranger ; c'est notamment le cas de l'Irlande où plus de 40 % des médecins ne sont pas formés sur le territoire. En France, seulement 12 % des médecins et 3 % des infirmiers ont été formés à l'étranger. Enfin, on observe une spécialisation toujours plus importante de la médecine et les médecins généralistes sont moins nombreux que les médecins spécialistes dans la quasi-totalité des pays.

Les densités médicales dépendent du rôle relatif des médecins et des infirmiers

La densité de médecins varie considérablement d'un pays à l'autre. Parmi les pays de l'UE-15 (hors Grèce et Portugal), la densité moyenne s'élève à 386 médecins pour 100 000 habitants en 2020 ; la densité est la plus élevée en Autriche (535 médecins pour 100 000 habitants). La densité française est inférieure à cette moyenne : 317 médecins pour 100 000 habitants. Néanmoins, si on tient compte des internes qui travaillent en établissement de santé, la densité est rehaussée de 53 médecins pour 100 000 habitants (données au 31 décembre 2019), et se rapproche ainsi de la moyenne européenne¹ (Toutlemonde, 2021). Pour la France, les internes et les médecins résidents (en formation) ne sont en effet pas comptabilisés dans les données de l'OCDE, contrairement à la plupart des autres pays.

Parmi les pays européens étudiés, la Pologne, le Luxembourg et le Royaume-Uni enregistrent les densités les plus faibles avec respectivement 235, 282 et 303 médecins pour 100 000 habitants. De manière générale, la densité de médecins est également plus faible dans les pays entrés dans l'UE à partir de 2004 (NM) [glossaire]. Dans les pays non membres de l'UE étudiés ici, la densité de médecins est nettement plus faible ; elle s'établit respectivement à 260, 261 et 273 médecins pour 100 000 habitants au Japon, aux États-Unis et au Canada.

Ces écarts de densité doivent toutefois être relativisés au regard du rôle dévolu aux médecins et aux infirmiers (et autres professionnels de

santé) dans chaque système de santé. Dans de nombreux pays, une faible densité de médecins s'accompagne d'une forte densité d'infirmiers et inversement. C'est notamment le cas de la Belgique qui, avec 1 099 infirmiers pour 100 000 habitants, présente une densité d'infirmiers bien supérieure à la moyenne de l'UE-15 en 2020 (922 infirmiers pour 100 000 habitants). À l'inverse, l'Espagne et l'Italie présentent des densités élevées de médecins (respectivement 458 et 400 médecins pour 100 000 habitants), mais la densité d'infirmiers y est moindre : autour de 615 infirmiers pour 100 000 habitants. Dans ces deux pays, le personnel infirmier est quasiment absent des soins de ville, assurés par des médecins, et la prise en charge institutionnelle de la dépendance y est très faible et largement déléguée à la famille (Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2019).

Certains pays font toutefois figure d'exception en cumulant à la fois une forte densité de médecins et une forte densité d'infirmiers ; c'est le cas notamment de la Norvège, de la Suisse ou de l'Allemagne. Dans ces pays, les infirmiers disposent de compétences élargies dans des domaines tels que la promotion de la santé ou le suivi des maladies chroniques, et assurent des consultations de premier recours. L'Allemagne cumule ainsi un niveau élevé de médecins (447 médecins pour 100 000 habitants) et d'infirmiers (1 206) et, si les infirmiers exercent principalement à l'hôpital, ils jouent également un rôle important dans les soins de ville pour la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Enfin, les densités d'infirmiers sont sensiblement plus faibles dans les NM (611 infirmiers en moyenne pour 100 000 habitants).

¹ Une partie des stages d'internat (2 sur 6 stages) est réalisée en médecine de ville. Le chiffre proposé

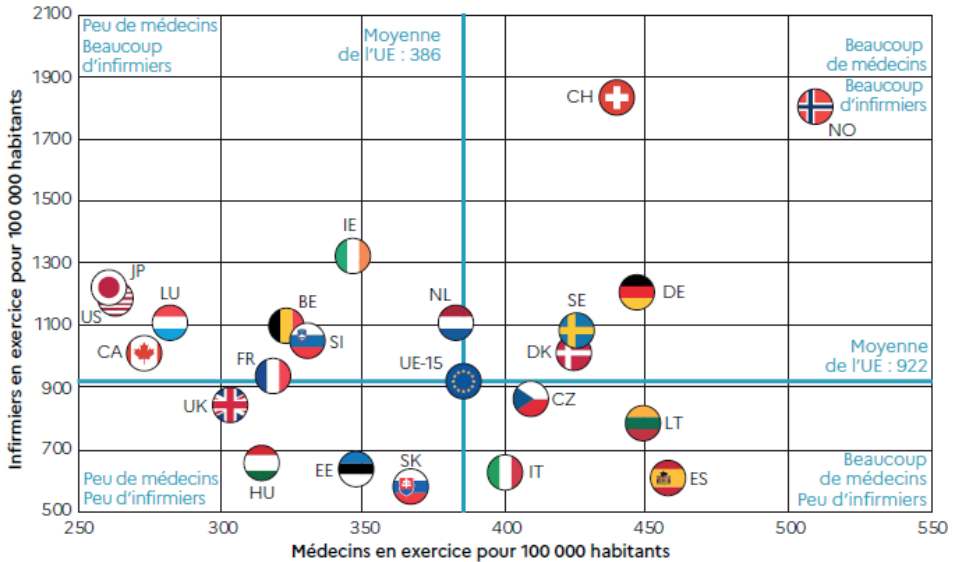
ici ne couvre donc pas l'ensemble du champ des internes.

D'autres pays, à l'instar du Royaume-Uni et de la Hongrie, font figurent d'exception et présentent à la fois une faible densité de médecins et une faible densité d'infirmiers.

La France a, quant à elle, une position particulière en Europe, relativement proche de celle du

Royaume-Uni (si on ne prend pas en compte les internes dans les effectifs de médecins en France, comme c'est le cas dans le *graphique 1*), avec une densité d'infirmiers proche de la moyenne de l'UE-15¹ et une densité de médecins inférieure à la moyenne.

Graphique 1 Densité de médecins et d'infirmiers en exercice en 2020



Note > Données 2019 pour les États-Unis, l'Irlande, le Danemark et la Suède. Données 2018 pour la Belgique. Données 2017 pour le Luxembourg.

Moyenne de l'UE calculée à partir des dernières données et pays disponibles (hors Grèce et Portugal dont les données portent uniquement sur les médecins habilités à exercer).

Si dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins et les infirmiers en exercice (praticiens directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral), dans quelques pays, les données couvrent tous les médecins (Slovaquie) et les infirmiers (France, Irlande, Slovaquie et États-Unis) professionnellement actifs même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. Par ailleurs, certains pays (Suisse, Royaume-Uni, Autriche) ne comptabilisent que le personnel infirmier exerçant à l'hôpital dans le secteur public. L'Espagne inclut les sages-femmes. Pour la France, les internes et les médecins résidents (en formation) ne sont pas comptabilisés, contrairement à la plupart des autres pays.

Lecture > La France compte 934 infirmiers et 317 médecins pour 100 000 habitants en 2020.

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

¹ Une révision importante du nombre d'infirmiers en France est intervenue récemment. Pour plus de

précisions, lire le communiqué de presse de la DREES du 11 juillet 2022 (DREES, 2022).

La densité de médecins croît lentement en France depuis dix ans

Dans les pays de l'OCDE étudiés ici, la densité de médecins augmente fortement depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme plus faible depuis les années 1990. Entre 2010 et 2020, le nombre de médecins a augmenté légèrement plus vite que la population dans la quasi-totalité des pays étudiés. Pendant cette période, la densité a progressé de 339 à 386 médecins pour 100 000 habitants en moyenne dans l'UE-15 (*graphique 2*). Elle est particulièrement dynamique en Slovaquie (près de 3,1 % par an en moyenne contre 1,3 % en moyenne pour les pays de l'UE-15). En revanche, la densité de médecins progresse très peu dans d'autres pays, notamment en France¹, en Italie et au Luxembourg (respectivement +0,4 %, +0,6 % et +0,2 % par an).

Sur la même période, la densité d'infirmiers a augmenté dans la majorité des pays considérés

(+1,4 % par an en moyenne dans les pays de l'UE-15), hormis notamment aux Pays-Bas, en Slovaquie ou en Irlande. En France, la densité d'infirmiers a progressé au rythme soutenu de 1,7 % en moyenne par an entre 2010 et 2020. Toutefois, si la densité de médecins et d'infirmiers augmente en Europe, de larges disparités régionales existent : selon l'OCDE, c'est en Hongrie, en Slovaquie, en Lituanie, en Lettonie et au Canada que les différences de densités médicales entre les régions urbaines et rurales sont les plus marquées (OCDE, 2021).

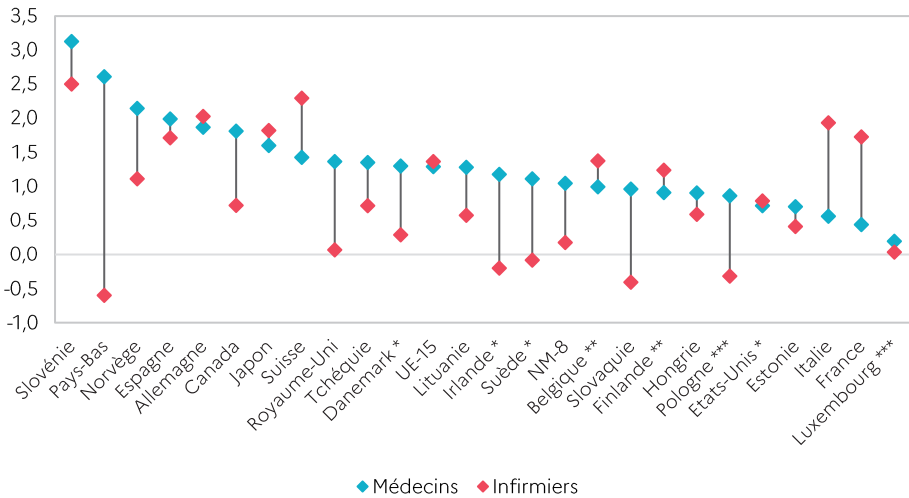
Pour quasiment tous les pays étudiés, le *numerus clausus* est le principal levier utilisé pour réguler l'offre de soins par le biais des variations d'effectifs de médecins². L'immigration de médecins formés à l'étranger et le nombre croissant de médecins restant en activité au-delà de l'âge normal de départ à la retraite ont également contribué à l'accroissement de la densité de médecins.

¹ La densité de médecins généralistes diminue ces dernières années en France. Les projections d'effectifs de médecins réalisées par la DREES confirment cette tendance à la diminution jusqu'en 2030 (Anguis, et al., 2021).

² En France, depuis la rentrée 2021, le *numerus clausus* des études de santé est supprimé.

Graphique 2 Évolution de la densité de médecins et infirmiers entre 2010 et 2020

Taux de croissance annuel moyen en %



* Données 2019 ; ** données 2018 ; *** données 2017.

Note > Moyenne de l'UE calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Portugal et Grèce dont les données portent uniquement sur les médecins habilités à exercer).**Champ** > Si dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins et les infirmiers en exercice (praticiens directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral), dans quelques pays, les données couvrent tous les médecins (Slovaquie) et les infirmiers (France, Irlande, Slovaquie et États-Unis) professionnellement actifs même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients.**Lecture** > Entre 2010 et 2020, la densité de médecins a augmenté en France en moyenne de 0,4 % par an et celle des infirmiers de 1,7 %.**Sources** > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.**Une proportion hétérogène mais croissante de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger**

En 2020, la proportion de médecins formés à l'étranger varie de plus de 40 % en Irlande et en Norvège, à environ 1 à 2 % en Italie, en Lituanie et en Pologne. Ces observations doivent toutefois être nuancées, puisque dans certains pays, et notamment en Norvège, une grande proportion des médecins formés à l'étranger sont en réalité des nationaux revenus dans leur pays d'origine après avoir effectué leurs études à l'étranger (OCDE, 2021). Le Canada, le Royaume-Uni et l'Irlande, dont respectivement 24 %, 31 % et 40 % de leurs médecins sont formés à l'étranger, s'appuient quant à eux sur d'autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus faible. En France, en Belgique et en Allemagne, la part des médecins formés à l'étranger est respectivement de 12 %, 13 % et 14 % en 2020 ; elle a augmenté sensiblement au cours des dix dernières années (graphique 3). En 2020, environ 13 % des médecins exerçant dans un pays de l'UE-15 ont ainsi été formés à l'étranger, contre

8 % en 2010. Si cette proportion est restée relativement stable au Royaume-Uni (30 à 31 %) et en Hongrie (8 %), elle a rapidement augmenté en Suisse (+13 points de pourcentage [pp] entre 2010 et 2020) et en Norvège (+7 pp). Dans le cas de la Suisse, cette augmentation est principalement due au nombre croissant de médecins formés en Allemagne, en France et en Italie (Hostettler et Kraft, 2021). En France, la proportion de médecins formés à l'étranger a progressé de 5 pp entre 2010 et 2020.

La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe et, de manière générale, est bien inférieure à celle des médecins. En Suisse, elle dépasse 26 %, notamment du fait des travailleurs transfrontaliers (Debouzy et Reffet-Rochas, 2022) ; elle reste faible en France (3 % en 2020) et en UE-15 (8 %). Par ailleurs, comme observé pour les médecins, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger a augmenté au cours des dix dernières années dans la plupart des pays étudiés, mais dans une moindre mesure. Cette proportion a même diminué en Lettonie (-1,8 pp) et en Italie (-0,9 pp). En France, la proportion d'infirmiers

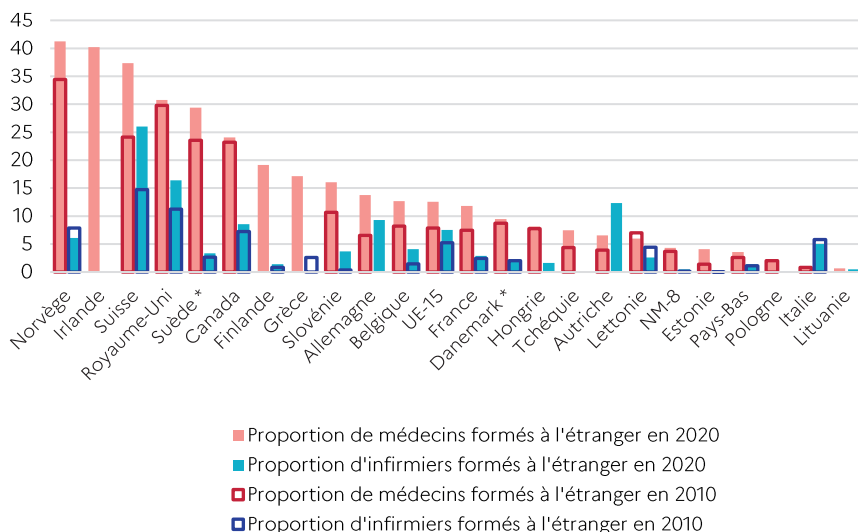
formés à l'étranger a progressé de 0,5 pp entre 2010 et 2020.

Au cours de la pandémie de Covid-19, de nombreux pays souffrant d'une pénurie de personnel médical et soignant se sont appuyés sur des professionnels de santé migrants pour répondre à la hausse massive de la demande en matière de soins de santé. Pour pallier le manque de personnel médical, ils ont ainsi adopté des mesures visant à faciliter leur entrée sur le territoire, ou la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles. À titre d'exemple, les médecins formés à l'étranger travaillant au Royaume-Uni et dont les visas expi-

raient avant le 1^{er} octobre 2020, ont bénéficié d'un prolongement automatique d'un an de leur visa en raison de la crise sanitaire (OCDE, 2020). Des autorisations d'exercice temporaires ont également été délivrées en Italie aux professionnels de santé formés à l'étranger (OCDE, 2020). En France, les médecins formés à l'étranger exerçant sur le territoire ont été temporairement autorisés, sous conditions, à poursuivre leur période probatoire. Ceux n'ayant pas d'autorisation pour exercer en France ont été toutefois autorisés à exercer des fonctions non médicales de support (ministère des Solidarités et de la Santé, 2020).

Graphique 3 Proportion de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger en 2010 et en 2020

En %



* Données 2019.

Note > Moyenne de l'UE calculée à partir des dernières années et pays disponibles.

Les médecins formés à l'étranger correspondent à ceux qui ont obtenu au minimum leur premier diplôme de médecine à l'étranger.

Certains pays incluent les médecins internes et résidents. La France, elle, ne prend pas en compte ces médecins en cours de formation. Dans la mesure où les médecins formés à l'étranger sont surreprésentés dans ces deux catégories, il est possible que leurs effectifs soient sous-estimés pour la France.

Lecture > Au Royaume-Uni, 31 % des médecins et 16 % des infirmiers ont été formés à l'étranger en 2020. Ils étaient 30 % et 11 % respectivement en 2010.

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Une part importante de médecins spécialistes dans l'UE-15

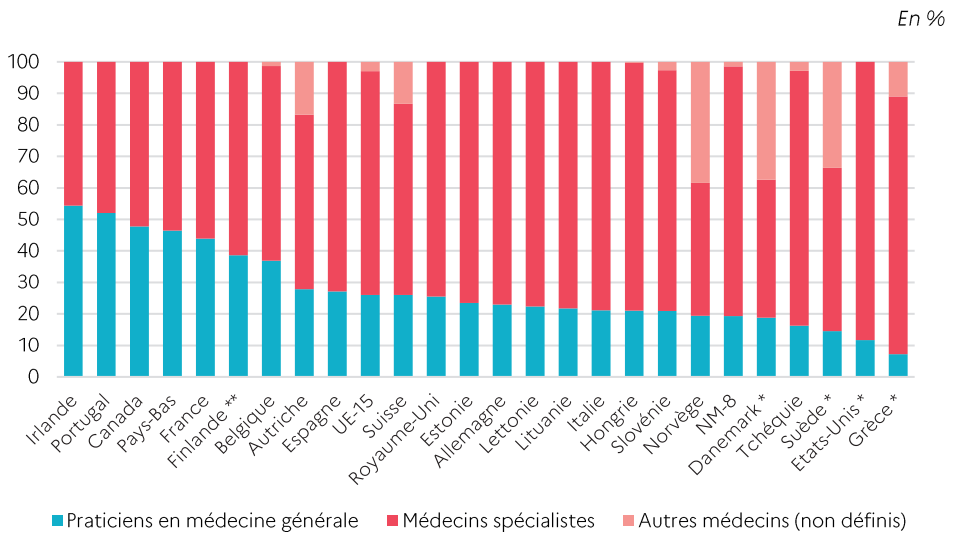
En moyenne dans l'UE-15, les médecins généralistes (et autres praticiens en médecine générale) ne représentent que 26 % des médecins. Ils constituent environ la moitié des effectifs en France, au Canada en Irlande et au Portugal, mais seulement 7 % et 12 % respectivement en Grèce et aux États-Unis (graphique 4). Cette répartition dépend fortement de l'organisation des soins et des modalités de catégorisation des médecins. Dans certains pays, et notamment dans les pays nordiques et en Grèce, une grande partie des médecins sont ainsi regroupés dans la catégorie « autres médecins ».

Entre 2010 et 2020, le nombre de spécialistes a davantage augmenté que celui de généralistes : le rapport entre les effectifs de spécialistes et de généralistes est passé de 2,2 en moyenne en 2010 à 2,4 en 2020 pour 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 croissante de la médecine.

Au cours des dernières années, plusieurs pays ont toutefois mis en place des réformes visant à revaloriser le rôle du médecin généraliste, à renforcer les soins primaires et à promouvoir une organisation plus verticale des soins de santé (organisation où le médecin généraliste est chargé d'orienter les patients vers ses confrères spécialistes). Des pays européens (dont la France) ont ainsi revalorisé la profession de médecin généraliste en la reconnaissant comme spécialité médicale, ou en favorisant la réduction des écarts de revenus entre médecins généralistes et spécialistes (Hartmann, Ulmann, et Rochaix, 2006). En France, le quota des places réservées en médecine générale a été augmenté en 2017 et atteint 40 % des nouvelles places en troisième cycle en 2019 (Centre national de gestion, 2019). ■

Graphique 4 Répartition entre médecins spécialistes et médecins généralistes en 2020



* Données 2019 ; ** données 2018.

Note > Les moyennes de l'UE-15 et des NM-8 ont été calculées à partir des dernières années et pays disponibles (hors Luxembourg pour la moyenne de l'UE-15, hors Slovaquie et Pologne pour la moyenne des NM-8).

La catégorie « praticiens en médecine générale » inclut les médecins généralistes mais aussi les « autres praticiens en médecine générale » c'est-à-dire les médecins non spécialistes exerçant en milieu hospitalier et les nouveaux diplômés qui n'ont pas encore entamé leur formation spécialisée. La catégorie « médecins spécialistes » inclut les pédiatres, gynécologues, obstétriciens, psychiatres et autres spécialistes médicaux et chirurgicaux.

Lecture > En 2020, en Lettonie, 78 % des médecins sont spécialistes et 22 % sont généralistes.

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H.** (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.
- > **Centre national de gestion** (2019). Bilan des épreuves classantes nationales informatisées 2019 (ECNi).
- > **Debouzy, I., Reffet-Rochas, A.** (2022). Travailleurs frontaliers : six profils de « navettes » vers la Suisse. Insee.
- > **DREES (2022)**. Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2022 : révision à la baisse sur les professions paramédicales pour privilégier la qualité des données. Communiqué de presse, 11 juillet 2022.
- > **Hartmann, L., Ulmann, P., Rochaix, L.** (2006). L'accès aux soins de premier recours en Europe. *Revue française des affaires sociales*. p. 121-139.
- > **Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge** (2019). Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales. HCFEA.
- > **Hostettler, S., Kraft, E.** (2021). Statistique médicale 2020 de la FMH : la Suisse en comparaison internationale. Fédération des médecins suisses.
- > **Ministère des Solidarités et de la Santé** (2020). Les possibilités pour les établissements de santé de recruter des praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE) dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, consultable sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/communication-eps-ars-padhue-covid19.pdf.pdf>
- > **OCDE** (2020). Contribution des médecins et des infirmiers migrants à la lutte contre la crise du COVID-19 dans les pays de l'OCDE. Paris, France : édition OCDE.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*. Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier. Paris, France : édition OCDE.
- > **Polton, D., Chaput, H., Portela, M.** (2021). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques – Les leçons de la littérature internationale. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 89.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2021). *Les établissements de santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Les performances des systèmes de santé sont inégales entre les pays européens et au sein des pays membres de l'OCDE. En France, le taux de décès évitables après intervention du système de santé, grâce aux traitements ou à la prévention, est parmi les plus faibles d'Europe avec 164 décès pour 100 000 habitants, et est inférieur à celui de nos voisins allemands (195 décès pour 100 000 habitants). La prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool en France diminue depuis 2014 et figure à un niveau intermédiaire parmi les pays de l'Union européenne. En outre, en 2020 en France, 4,4 % des adultes déclarent avoir renoncé à un soin médical ; le renoncement aux soins dentaires est particulièrement élevé : 8,3 % en France en 2020, comparé à 4 % en moyenne dans l'UE-15. Ces indicateurs souffrent toutefois de nombreux problèmes de comparabilité entre les pays observés. Enfin, les indicateurs de taux de décès évitables sont corrélés, à de rares exceptions près comme les États-Unis et l'Allemagne, au montant des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi).

Cette fiche présente trois indicateurs de performance des systèmes de santé¹ : 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 médicaux et dentaires dont les causes sont diverses (coût, attente, éloignement, etc.).

Les données ne sont pas disponibles pour tous les pays pour 2020. C'est notamment le cas de la mortalité évitable pour la France : les dernières données disponibles portent sur l'année 2016².

La France a l'un des plus faibles taux de mortalité évitable dans l'Union européenne

On distingue deux types de mortalité évitable : par la prévention, c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies, et par traitement, c'est-à-dire 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 2020 [encadré 1]). La première catégorie désigne la mortalité évitée grâce à 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 anti-tabagisme 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 qui peuvent être soignés s'ils sont détectés et pris en charge rapidement (cancer du col de l'utérus ou cancer colorectal par exemple). Certaines maladies se situent dans les deux catégories comme le diabète de type 1. La mesure de la mortalité évitable est ici réalisée à structure d'âge comparable entre les pays observés (population OCDE 2010), et est réalisée à partir des décomptes de décès agrégés.

En 2019, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est en moyenne de 60 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne à quinze (UE-15) [graphique 1]. La Suisse présente le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (41 pour 100 000 habitants en 2019), suivie des Pays-Bas et du Luxembourg (50 décès pour 100 000 habitants en 2019). La France, en 2016, comptabilisait 51 décès évitables par traitement pour 100 000 habitants, et est le troisième pays présentant le taux de mortalité évitable par traitement le plus faible 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 (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Les nouveaux États membres de l'UE (NM [glossaire]) ont un nombre de décès évitables par traitement pratiquement deux fois plus élevé que l'UE-15 (115 décès pour 100 000 habitants en 2019).

¹ Ces indicateurs ne prétendent pas mesurer intégralement les performances des systèmes de santé sur la santé des personnes, mais fournissent toutefois un éclairage intéressant.

² En France, la production des décomptes de décès par causes a pris du retard ; un travail de rattrapage est en cours par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc) de l'Inserm.

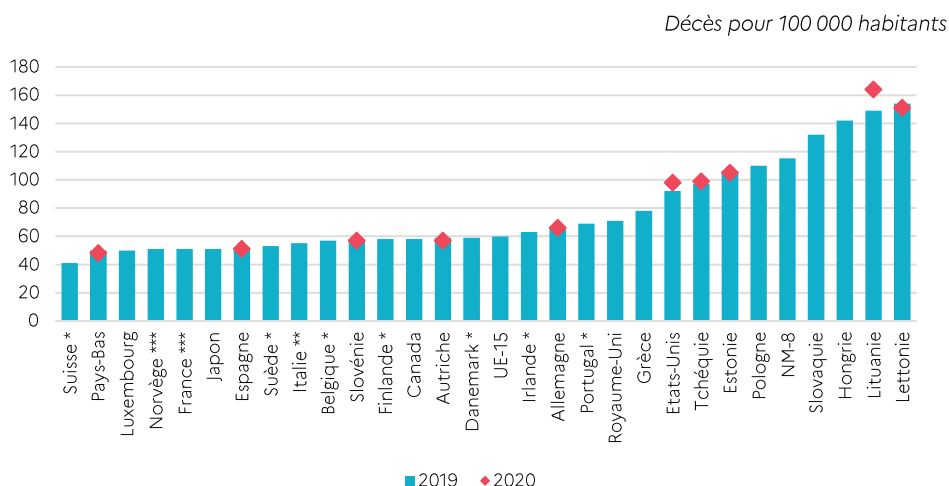
En 2019, le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est en moyenne de 111 pour 100 000 habitants dans l'UE-15 (*graphique 2*). Il est plus élevé de 73 % chez les NM (192 pour 100 000 habitants) que dans l'UE-15. En France, en 2016, on comptait 113 décès évitables par la prévention pour 100 000 habitants. Ce taux est supérieur à la moyenne de l'UE-15 ; et peut s'expliquer notamment par la consommation de tabac et d'alcool, supérieure à la moyenne de l'UE, qui engendrent à long terme des maladies évitables telles que les cancers du poumon ou les maladies liées à l'alcool (*voir le paragraphe suivant*).

La somme des deux taux de mortalité constitue l'indicateur global de mortalité évitable. En France, globalement, 164 décès pour 100 000 habitants sont désignés comme évitables en 2016.

L'Allemagne, dont la dépense de santé est supérieure à celle de la France (5 055 euros par tête en PPA santé en Allemagne contre 4 173 euros par tête en France), présente un taux mortalité évitable 15 % supérieur en 2019 (188 décès pour 100 000 habitants).

La crise sanitaire débutée en 2020 a également impliqué une hausse du nombre de décès évitables. Par convention, l'OCDE considère l'ensemble des décès du Covid-19 comme des décès évitables par prévention. Étant donné l'ampleur de la crise sanitaire, cette convention induit nécessairement une augmentation de la mortalité évitable en 2020. Le taux de mortalité allemand a ainsi augmenté de 11 % en 2020 ; cette évolution est encore plus prononcée pour l'Espagne et la Slovaquie (respectivement +20 % et +19 %).

Graphique 1 Mortalité évitable par traitements en 2019 (ou selon les dernières données disponibles) et en 2020

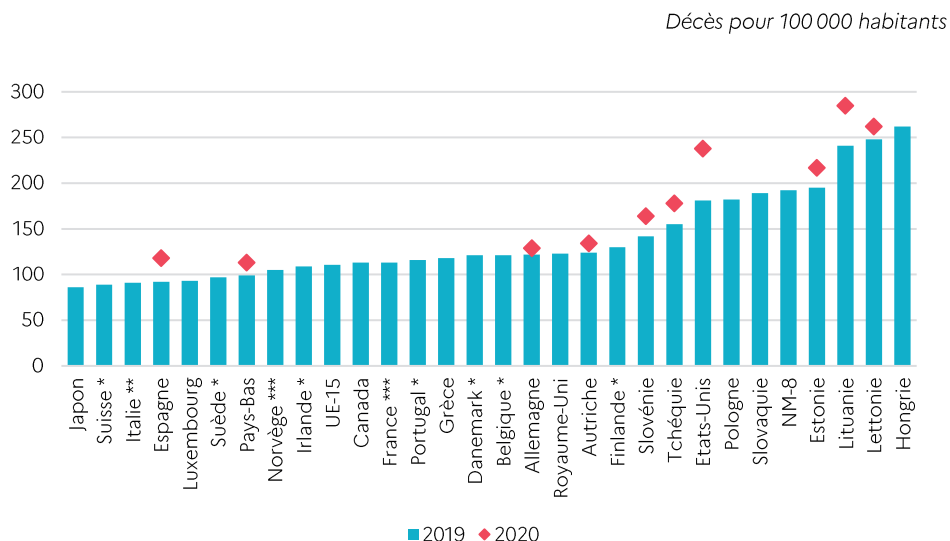


*Données 2018 ; ** données 2017 ; *** données 2016.

Lecture > En Autriche, en 2019, 59 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions en matière de soins de santé. En 2020, ce nombre s'élève à 57 décès pour 100 000 habitants.

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) et en 2020



* Données 2018 ; ** données 2017 ; *** données 2016.

Lecture > Aux Pays-Bas, en 2019, 99 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces. Ce nombre s'élève à 113 pour 100 000 habitants en 2020.

Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE).

Encadré 1 Définir la mortalité évitable (par prévention ou par traitement)

L'indicateur de mortalité évitable dans une perspective internationale est calculé à partir des décomptes des causes de décès, issus 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. Au sein des décès enregistrés pour une année donnée, on considère par convention que certains pourraient être évités par des traitements et d'autres par de la prévention. Une nouvelle liste de cause de décès évitables, par traitements ou par prévention, a été élaborée conjointement par l'OCDE et Eurostat en 2022 (OCDE/Eurostat, 2022). Les décès dus au Covid-19 sont, à ce jour, parmi les décès évitables par prévention.

La mortalité évitable par prévention correspond aux décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces permettraient d'éviter (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence). La mortalité évitable par traitement correspond aux décès qui peuvent être évités par 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.

Au delà de 74 ans, les décès ne sont pas retenus pour le calcul de cet indicateur. 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. Les 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.

La France est toujours touchée par le tabagisme et la consommation d'alcool mais ces consommations diminuent depuis 2014

Le tabagisme et la consommation d'alcool sont deux facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. Selon l'OMS, le tabagisme tue chaque année 8 millions de personnes dans le monde. Bien que le tabagisme diminue dans les pays de l'UE-27, 19 % des adultes (de 15 ans ou plus) fument encore quotidiennement en 2019 (*graphique 3, encadré 2*). La proportion de fumeurs est particulièrement élevée en Grèce et en Hongrie : environ un adulte sur quatre déclare fumer quotidiennement. En revanche, elle est de 9 % aux États-Unis où les politiques publiques de lutte anti-tabac, telle que « Tobacco 21¹ » ciblent à la fois les cigarettes traditionnelles et électroniques.

En 2020, la consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, atteint en moyenne près de 9,3 litres par adulte et par an dans les pays de l'UE-15. La consommation est la plus faible en Grèce, où un adulte consomme en moyenne 6,3 litres d'alcool par an en 2020 (*graphique 4*). En revanche elle est nettement plus élevée en Lettonie (12,6 litres), en Tchéquie (11,6 litres) et, dans une moindre mesure, en France (10,4 litres).

Parmi les pays étudiés ici, la France a une position intermédiaire en Europe, au niveau de la moyenne européenne (UE-27) en matière de tabagisme et légèrement au-dessus de la moyen-

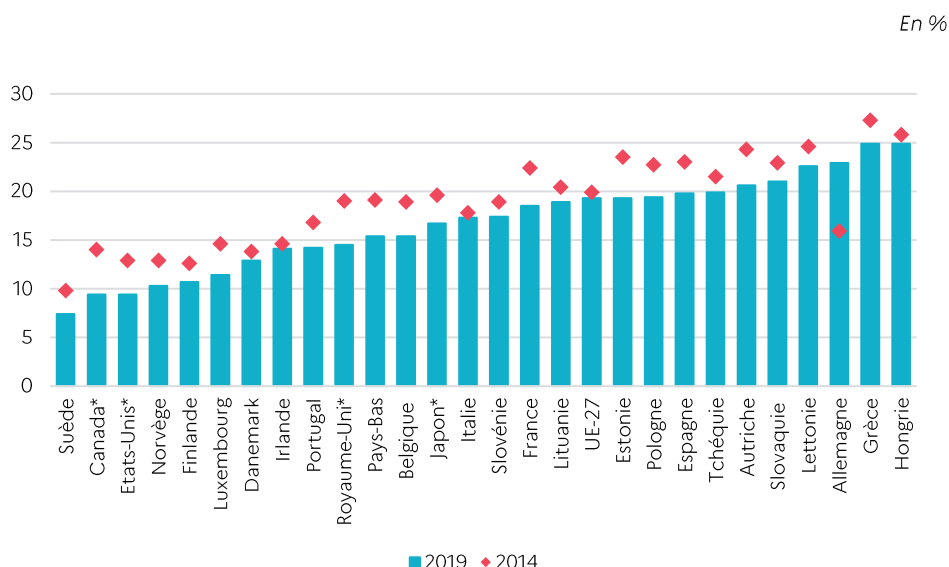
ne de l'UE-15 en ce qui concerne la consommation d'alcool.

Mais la situation de la France, généralement mal positionnée parmi les pays de l'OCDE, a évolué en ce qui concerne ces deux déterminants de la santé. La consommation de tabac française décroît ainsi plus vite que dans les autres pays de l'OCDE étudiés ici : elle est ainsi passée de 22 % de la population adulte fumant tous les jours en 2014 à 19 % en 2019 (-3 points de pourcentage au cours de cette période). Cette diminution du tabagisme en France coïncide avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac depuis plus de cinq ans (Pasquereau, et al., 2020). La consommation d'alcool française est néanmoins légèrement repartie à la hausse en 2020, mais cette augmentation est à mettre en perspective avec la diminution observée depuis 2014 (-2 litres par adulte et par an) et la stagnation depuis plusieurs années d'autres indicateurs de consommation d'alcool tels que ceux relatifs à l'alcoolisation excessive, notamment chez les jeunes adultes (alcoolisations ponctuelles importantes ou ivresse) [Nguyen-Thanh et Guignard, 2019]. Actuellement les politiques publiques en France de lutte contre la consommation excessive d'alcool reposent sur la fixation de repères pour la consommation d'alcool pour déterminer la limite entre le risque et le plaisir². Elles recommandent de ne pas dépasser deux verres par jour avec au minimum deux jours par semaine sans consommation. Enfin, la vente de tabac et d'alcool aux mineurs est interdite en France depuis 2009.

¹ L'action majeure de ce programme est l'interdiction de vente de tabac ou des cigarettes électroniques avant 21 ans.

² 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 et en 2014

* Données OCDE.

Lecture > En France, en 2019, 19 % des adultes de plus de 15 ans fument quotidiennement, ils étaient 22 % en 2014.

Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Sources > OCDE, Statistiques sur la santé ; Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

Encadré 2 Quels chiffres de la consommation de tabac retenir pour les comparaisons internationales ?

Les données relatives à la proportion d'adultes fumant quotidiennement sont majoritairement issues de l'enquête européenne de santé (*European Health Interview Survey* [EHIS]), qui collecte des données sur l'état de santé, le recours aux soins de santé et les déterminants de la santé des personnes âgées de 15 ans ou plus tous les cinq ans avec une même méthodologie. Cette enquête permet, en une seule question, d'établir le nombre de personnes fumant des cigarettes en paquet, roulées, des cigares, des cigarillos, la pipe, la chicha ou le narguilé tous les jours.

Cette enquête n'étant menée que dans les États membres de l'Union européenne (ainsi qu'en Norvège et en Islande), les données de l'OCDE ont été utilisées pour établir le nombre de fumeurs quotidiens au Japon, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ces données portent également sur les fumeurs quotidiens, hors cigarettes électroniques, de 15 ans ou plus.

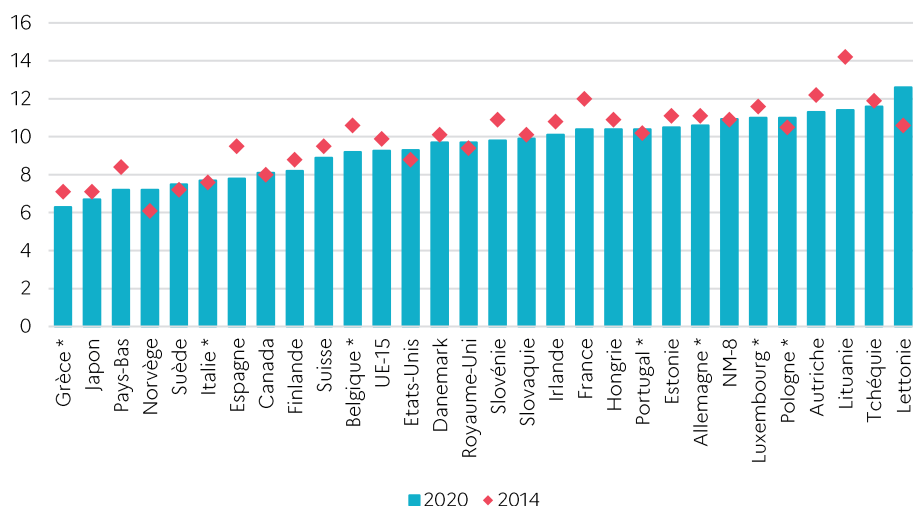
Toutefois, bien que ces données soient relativement similaires pour de nombreux pays, il faut garder à l'esprit que la méthodologie de collecte de ces données peut différer de celle utilisée dans le cadre de l'enquête européenne de santé et pose des questions de comparabilité. Ce phénomène est d'ailleurs particulièrement visible dans le cas de la France.

Dans les *Panoramas* des années antérieures, seules les données collectées par l'OCDE étaient commentées. Pour la France, l'OCDE utilise le Baromètre santé réalisé par Santé publique France afin de mesurer le nombre de fumeurs quotidiens. Contrairement à l'EHIS, ce baromètre limite son analyse aux seuls individus âgés de 18 à 74 ans et interroge différemment les individus sur leur consommation de tabac (avec trois questions successives). Les résultats obtenus en utilisant cette méthodologie sont ainsi bien supérieurs à ceux obtenus avec l'EHIS sur le champ des 15 ans ou plus (24 % en 2020 avec les données de l'OCDE issues du Baromètre santé, au lieu de 19 % en 2019).

avec l'enquête EHIS). Outre la différence de champ d'âge, d'importantes différences méthodologiques existent entre les deux sources (Leduc, *et al.*, 2021). Pour une meilleure comparabilité des données nous privilégions à présent l'utilisation de l'EHIS pour analyser la consommation de tabac en comparaison internationale.

Graphique 4 Consommation d'alcool par adulte en 2020 et en 2014 (ou selon les dernières données disponibles)

En nombre de litres d'alcool consommés par adulte



* Données 2019.

Lecture > Au Royaume-Uni, la consommation d'alcool moyenne est de 9,7 litres par adulte pour l'année 2020. Elle était de 9,4 litres en 2014.

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.

Les pays du sud de l'Europe et le Royaume-Uni sont plus marqués par le renoncement aux soins

En 2020, près de 3 % de la population de l'UE-15 (y compris le Royaume-Uni) a déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, quelle qu'en soit la raison (graphique 5).

Comparer les résultats obtenus entre les pays est toutefois délicat car la formulation des questions varie d'un pays à l'autre, ce qui affecte fortement les résultats [encadré 3]. La méthode d'interrogation française utilisée¹ depuis 2020 est parfaitement comparable uniquement avec huit pays : l'Italie, l'Espagne, la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni, la Lettonie, la Pologne et l'Estonie.

¹ En 2020, la France a modifié son interrogation sur le non-recours aux soins. À présent, on utilise seulement une question et plus deux afin de mesurer le non-recours.

Au sein de ce groupe de pays, la France a un taux de renoncement aux soins médicaux supérieur à l'Italie et l'Espagne, mais inférieur à la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni et la Lettonie. En Pologne et en Estonie les taux de renoncement aux soins sont 3 à 4 fois supérieurs à ceux observés en France. En France, le taux de renoncement aux soins médicaux s'établit à 4,4 % en 2020, dont 2,0 % pour raisons financières (soit 45 % des renoncements aux soins), 0,4 % pour des raisons d'attente, 0,2 % pour des déplacements trop longs à effectuer et 1,8 % pour d'autres raisons².

Toute méthodologie confondue, l'Estonie est le pays représenté qui possède le non-recours aux soins médicaux le plus important (16,2 % de la population de 15 ans ou plus), suivi de la Pologne (14,2 %) et de la Grèce (11,9 %).

² Les autres motifs de renoncement mentionnés sont : peur du médecin, de l'hôpital, de l'examen ou du traitement ; préfère attendre de voir si le problème se résout de lui-même ; ne connaît pas un bon médecin ou spécialiste ; n'a pas le temps.

Concernant le non-recours aux soins dentaires, c'est la Lettonie qui présente le taux le plus élevé (12,3 %) devançant le Portugal (11,7 %) [graphique 6]. Sur le champ des pays qui ont une formulation parfaitement identique à la France [encadré 3], la France a le taux de renoncement le plus important juste après la Lettonie (environ 12 %). Le renoncement aux soins dentaires est en France de 8,3 % en 2020 et 70 % des besoins non satisfaits de soins dentaires des français sont dus aux coûts impliqués par les soins dentaires.

Pour nos voisins européens, et sans distinction des modalités d'interrogations, les raisons financières constituent aussi le premier motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux en Italie (77 % des renoncements) et en Grèce (50 %). Ce sont par ailleurs les pays d'Europe où la participation financière des ménages aux soins est la plus importante (21 % de l'ensemble des dépenses de santé pour l'Italie et 33 % pour la Grèce). À l'opposé, en Suède et en Espagne, le taux de renoncement pour motifs financiers est nul, et n'est que de 1 % au Royaume-Uni où les soins sont gratuits. En revanche, pour ce dernier pays, plus d'un renoncement sur deux est motivé par des problèmes de délais d'attente. Ce motif est également important en Suède (41 % des renoncements).

Pour les soins dentaires, le renoncement pour des raisons financières et de loin le motif le plus souvent évoqué. Un peu moins de six personnes sur dix déclarent renoncer aux soins pour motif financier au sein de l'UE-15 (57 %). Cela concerne 93 % des motifs de renoncements 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 Lettonie, en Lituanie, en Espagne et en Grèce (70 % à 77 %). À l'inverse, en Allemagne, où le taux de renoncement aux soins pour raisons financières est parmi les plus faibles des pays représentés (40 %), les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les 18 ans ou plus. En Europe, l'éloignement et les délais d'attentes sont peu évoqués comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires, à l'exception de la Finlande (environ 80 % des renoncements).

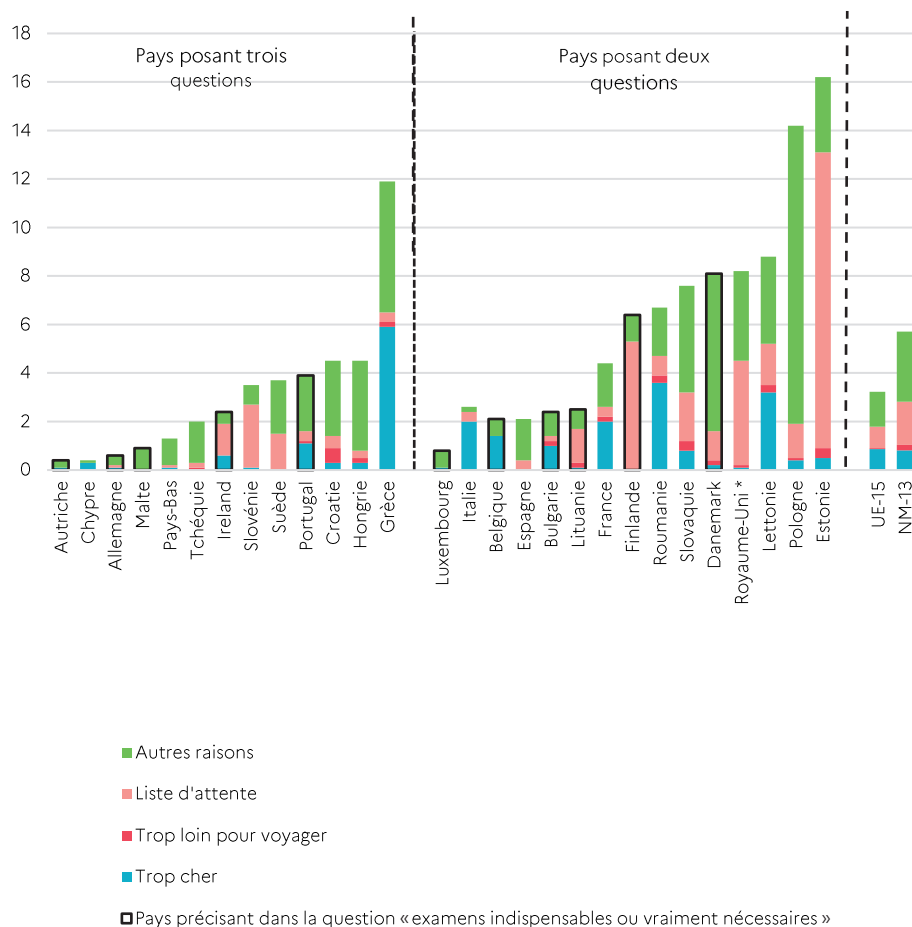
Concernant les pays de l'OCDE non européens, aux États-Unis, en 2016, 22 % des américains âgés de 18 ans ou plus ont déclaré avoir renoncé à des consultations médicales pour des raisons financières dans les douze derniers mois. Ce nombre s'établit à 32 % concernant le renoncement aux soins dentaires pour ces mêmes raisons (Commonwealth Fund, 2016)¹.

¹ L'enquête du Commonwealth Fund demande aux personnes âgées de 18 ans ou plus si elles ont omis de consulter un médecin alors qu'elles avaient un problème de santé et si elles ont manqué un examen médical, un traitement ou un suivi recommandé par un médecin au cours des 12 derniers mois écoulés. Les résultats obtenus pour les États-Unis (et les autres pays de l'enquête dont la France) sont toutefois à prendre avec précaution puisque la méthodologie diffère de celle utilisée par Eurostat (le renoncement aux soins pour des raisons financières est de 9 % en France selon cette étude, contre 2 % selon Eurostat).

Une autre étude américaine propose toutefois des résultats comparables pour les États-Unis. Selon une étude réalisée en 2020 sur un échantillon de 400 000 adultes en âge de travailler aux États-Unis, la part des 18-64 ans qui n'avaient pas les moyens de consulter un médecin a augmenté de près d'un tiers – de 11 % à 16 % entre 1998 et 2017. Parmi ceux qui ont une couverture d'assurance maladie, ils constatent une augmentation de 6 points de chance de rater une visite chez le médecin (Hawks, Himmelstein, Woolhandler, *et al*, 2020).

Graphique 5 Besoins de soins médicaux non satisfaits 2020 pour les adultes
(ou selon la dernière année disponible)

En % de la population de 15 ans ou plus



* Données 2018.

Lecture > En Italie, en 2020, 2,6 % des personnes ont renoncé aux soins médicaux (dont 2 % pour raisons financières, 0,4 % pour des raisons d'attente et 0,2 % pour d'autres raisons).

Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Source > Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE).

Encadré 3 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.*, 2011a). 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 façon différente à une question sur le renoncement aux soins. Cette différence est accentuée 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). Par ailleurs, la formulation de la question permettant d'identifier le renoncement au soin joue sensiblement sur la réponse apportée (Legal et Vicard, 2015), et cette formulation varie effectivement entre les pays.

En France, le renoncement aux soins est mesuré via l'enquête sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) réalisée par l'Insee, et harmonisée au niveau européen. De manière générale, le questionnaire procède en trois questions pour évaluer le renoncement aux soins. Une première « question filtre » vise à identifier si l'enquêté a eu des besoins de soins au cours de l'année écoulée. Si c'est le cas, il lui est ensuite demandé s'il s'est fait soigner autant de fois qu'il en avait 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 médicaux (ou dentaires) en partie non satisfaits. Une troisième question interroge ensuite 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.

Au sein de l'UE-28, treize pays interrogent les individus sur le renoncement aux soins avec trois questions, dont une première question filtre permettant d'identifier les besoins de soins des individus. Il s'agit de l'Allemagne, l'Autriche, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suède, Chypre, Malte, la Tchéquie, la Slovaquie, la Croatie et la Hongrie (*graphique 5 et 6*). Les pays restants, dont la France depuis 2020, questionnent directement les individus sur les besoins de soins non satisfaits, puis sur les raisons, sans préalablement interroger sur le besoin d'examen ou de traitement médical (*graphique 5 et 6*). L'absence de besoin d'examen ou de traitement médical est dans ce type d'interrogation une modalité de réponse au même niveau que la déclaration ou non d'un renoncement au soin. Ces différences de modes d'interrogation s'expliquent par le 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 du Conseil).

En outre, cette distinction dans la façon de poser la question relative au renoncement aux soins est encore plus précise car seulement neuf pays sont parfaitement comparables à la France dans la façon de poser la question relative aux soins (médicaux ou dentaires) : l'Italie, l'Espagne, la Roumanie, la Slovaquie, le Royaume-Uni, la Lettonie, la Pologne et l'Estonie). L'Allemagne, la Finlande ou le Danemark, par exemple, se focalisent sur les « traitements indispensables », ce qui peut, toutes choses égales par ailleurs, abaisser le taux de renoncement par rapport à une formulation qui porte sur l'ensemble des traitements. Legal et Vicard (2015) ont en effet montré que la formulation des questions peut affecter de manière très sensible les résultats sur les taux de renoncement aux soins. Cela incite donc à la plus grande prudence dans la comparaison entre pays des taux de renoncement aux soins.

Les indicateurs de performance sont-ils corrélés à la DCSi ?

Avec l'une des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) exprimée en PPA santé par habitant les plus élevées d'Europe et de l'OCDE, le taux de mortalité évitable par traitement allemand est supérieur à la plupart des pays d'Europe occidentale (195 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 en Allemagne (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Les États-Unis sont également dans cette situation, de façon encore plus prononcée, reflétant de fortes inégalités au sein du système de santé américain.

À l'inverse, en Italie, et dans une certaine mesure en Espagne, au Portugal et en Grèce, la mortalité évitable par traitements est parmi les plus faibles d'Europe (146 pour 100 000 habitants en Italie), malgré une DCSi en parité de

pouvoir d'achat santé (PPA santé [glossaire]) dans la moyenne inférieure de l'UE (moins de 3 000 euros de dépenses courantes de santé en PPA santé par habitant pour les quatre pays). Il semblerait exister une particularité en matière de santé dans les pays du sud de l'Europe.

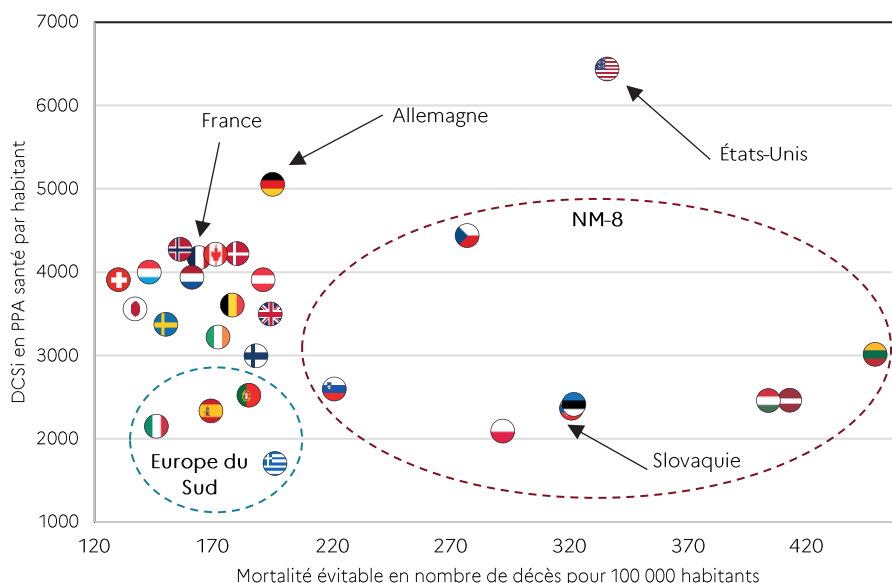
Au contraire, les nouveaux membres (NM-8 [glossaire]), à l'exception de la Tchéquie, présentent quant à eux des DCSi en PPA santé relativement faibles (entre 2 000 et 3 000 euros de dépenses courantes de santé en PPA santé par habitant), et les niveaux de mortalité évitable les plus élevés des pays observés (particulièrement en Lituanie qui compte 449 décès évitables pour 100 000 habitants).

Pour les pays restants, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements décroît également à mesure que le système de soins de santé est développé. La dépense courante de santé au sens international (DCSi) exprimée en PPA dans le domaine de la santé, est ainsi plus élevée dans les pays avec un faible nombre de décès évitables (*graphique 7*).

On n'observe pas de corrélation entre le reste à charge (RAC) et le renoncement aux soins (médicaux ou dentaires) selon le pays. ■

Graphique 7 Mortalité évitable et dépenses courantes de santé en 2020

Mortalité évitable en nombre de décès pour 100 000 habitants (axe des abscisses)
et dépenses courantes de santé en parité de pouvoir d'achat dans le domaine de la santé (PPA santé)
en euros par habitant (axe des ordonnées)



Note > Concernant la mortalité évitable : données 2019 pour le Japon, le Luxembourg, le Canada, la Grèce, le Royaume-Uni, la Pologne, la Slovaquie et la Hongrie ; données 2018 pour la Finlande, la Belgique, le Danemark, le Portugal, l'Irlande, la Suède et la Suisse ; données 2017 pour l'Italie ; données 2016 pour la Norvège et la France. Concernant la DCSi : données 2020.

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).

Pour en savoir plus

- > **Commonwealth Fund** (2016). *Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2016*.
- > **Hawks, L., Himmelstein, D., Woodhandler, S., et al.** (2020). Trends in Unmet Need for Physician and Preventive Services in the United States, 1998-2017.
- > **Leduc, A., Deroyon T., Rochereau, T., Renaud, A.,** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > **Legal, R., Vicard, A.,** (2015, juillet). Mesurer le renoncement aux soins pour raisons financières : quel est effet de la formulation ? DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, 66.
- > **Nguyen-Thanh, V., Guignard, R.** (2019). Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5-6, p. 87-117.
- > **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.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2021). *France : profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies Edition.
- > **OCDE/European Union** (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Paris, France : OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- > **OCDE/Eurostat** (2022), *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>
- > **Pasquereau, A., Andler, R., Arwidson, P., et al.** (2020). Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 14, p. 273-281.

En 2020, les dépenses hospitalières augmentent fortement dans l'ensemble des pays étudiés du fait de la crise sanitaire. Cette augmentation est particulièrement élevée en Tchéquie, en Hongrie et au Royaume-Uni. En 2020, la France a consacré 3,5 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins courants à l'hôpital, un peu plus que la moyenne des pays de l'UE-15 (3,3 %). L'objectif prioritaire de la politique hospitalière dans de nombreux pays reste la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire la baisse de la durée moyenne des séjours en soins aigus et la diminution du nombre de lits. La France possède un peu moins de lits en soins aigus que la moyenne des pays de l'UE-15 (2,9 contre 3,3 pour 1 000 habitants) et la durée moyenne d'hospitalisation est parmi les plus basses d'Europe (5,5 jours contre 6,6 en moyenne dans les pays de l'UE-15).

En 2020, Les dépenses hospitalières augmentent fortement du fait de la crise sanitaire

Dans quasiment tous les pays européens (exception faite de la Belgique, de la Slovaquie, de la Pologne et de la Finlande), les dépenses hospitalières¹ ont augmenté en 2020 en raison de la crise sanitaire du Covid-19 (*graphique 1*). Pour sept d'entre eux (sur 27), l'augmentation a même dépassé 10 %. Ces rythmes d'accroissement sont nettement supérieurs aux rythmes observés avant la crise sanitaire : entre 2010 et 2019, dans la plupart des pays étudiés, la croissance des dépenses hospitalières était moindre, de 0,5 % par an au Danemark à 7 % par an en Slovaquie, et même négative pour l'Italie et la Grèce (respectivement -0,6 % et -3,3 % par an). Le premier pays de l'UE-15 en termes de dynamique de dépenses entre 2010 et 2019 était la Belgique avec 4,4 % d'augmentation moyenne par an.

La hausse des dépenses affichée en 2020 a été particulièrement élevée en Tchéquie (+28 %), en Hongrie (+25 %) et au Royaume-Uni (+19 %). En Italie et en Grèce, après une baisse des dépenses hospitalières consécutive à la crise économique de 2008, (-0,6 % par an et -3,3 % par an en moyenne), les dépenses ont également progressé (respectivement +5,1 % et +4,4 %), même si cette hausse reste inférieure à la plupart des

pays européens. Si, à l'instar de l'Italie et de la Grèce, l'Espagne et le Portugal ont maîtrisé leurs dépenses hospitalières à la suite de la crise économique de 2008, ils ont nettement relancé leurs consommations ces dernières années, et de façon encore plus prononcée en 2020 : respectivement +10,5 % et +10,7 %.

L'augmentation importante des dépenses hospitalières au Portugal recouvre à la fois celles des consommations intermédiaires des hôpitaux, notamment en 2020 pour les équipements de protection individuelle et les médicaments, et celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires) [INE, 2022]. Les mêmes raisons sont à l'œuvre en Espagne (Del Carmen Rodríguez Blas, 2022).

En France, les dépenses hospitalières ont progressé de 0,7 % en moyenne entre 2010 et 2019 (+0,7 % par an en moyenne d'augmentation) ; en 2020, elles ont augmenté de 7,5 %, du fait de la crise sanitaire.

Enfin, les dépenses hospitalières ont baissé en 2020 en Belgique (-0,4 %), en Slovaquie (-1,2 %), en Pologne (-1,8 %) et en Finlande (-2,6 %), malgré la crise sanitaire. Deux facteurs viennent nuancer ce constat : dans ces pays, les dépenses hospitalières pré-crise sanitaire avaient été plus élevées que dans les autres pays (respectivement +4,4 %, +7,0 %, +5,5 % et +2,3 % par an en moyenne entre 2010 et 2019).

¹ Dans les fiches relatives à la France (*fiches 16 et 17*), les dépenses de santé hospitalières correspondent aux dépenses réalisées par les hôpitaux (dans la nomenclature SHA les hôpitaux correspondent à un prestataire de santé, *annexe 1*) hors soins de longue durée, les achats de masques pour les hôpitaux et les médicaments en rétrocession (dans la nomenclature SHA il s'agit de différentes fonctions de la dépense de santé). Dans un objectif de com-

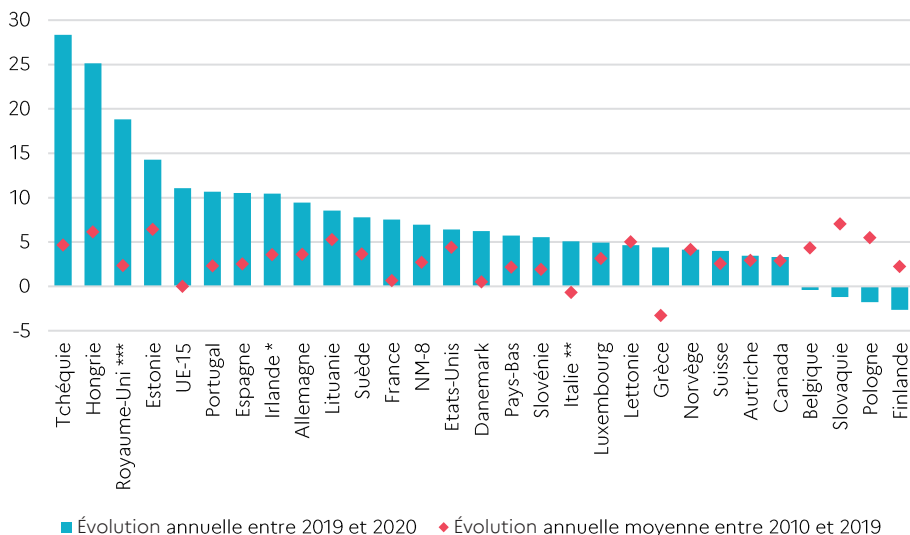
paraison internationale – les données précédentes n'étant pas renseignées pour l'ensemble des pays – ces dépenses ont été calculées uniquement grâce à la ventilation par fonction de dépenses de santé. On isole parmi les dépenses de soins courants les catégories « soins courants dans le milieu hospitalier » et « soins courants en hospitalisation de jour » (des fonctions spécifiques des dépenses de santé).

En outre, les données de la Belgique ne tiennent pas compte des indemnités versées aux salariés du secteur hospitalier dont l'activité était

limitée ou empêchée par la crise sanitaire dans le calcul de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Graphique 1 Évolution annuelle moyenne des soins courants à l'hôpital entre 2010 et 2020, et évolution annuelle entre 2019 et 2020

Évolution annuelle des dépenses de soins à l'hôpital en % - En valeur



* Données 2011-2019; ** données 2012-2019; *** données 2013-2019.

Lecture > En 2020, les dépenses hospitalières ont augmenté de 10,7 % au Portugal en valeur. Elles avaient augmenté en moyenne de 2,3 % par an entre 2010 et 2019.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Systèmes internationaux des comptes de la santé (SHA).

La Belgique et la Grèce en tête des dépenses pour les soins courants à l'hôpital en part du PIB

Les soins courants à l'hôpital représentent le premier poste de la DCSi dans la plupart des pays de l'UE-15 (28,7 % en moyenne dans l'UE-15, *fiche 26*). La France est au-dessus de la moyenne de l'UE-15 (29,1 % de la DCSi) et elle occupe la cinquième place des pays de l'OCDE étudiés ici pour la part de PIB consacrée aux soins courants à l'hôpital (3,5 %) [*graphique 2*]. En comparaison, les dépenses de soins hospitaliers représentent 3,3 % du PIB de l'UE-15 en

moyenne. Les États-Unis et le Japon se situent également dans cette tranche (respectivement 4 % et 3,2 %). La Belgique, premier pays européen, y consacre 4,1 % de son PIB, dont près d'un point est dédié aux soins hospitaliers de jour¹. En revanche, les dépenses hospitalières représentent une plus faible proportion du PIB des nouveaux membres (NM) [*glossaire*] : variant de 2 % en Lettonie à 2,9 % en Tchéquie. Le Luxembourg, en raison de son haut niveau de richesse (troisième pays avec le PIB par habitant le plus élevé), consacre une très faible part de son PIB aux soins courants à l'hôpital (1,6 %).

¹ 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).

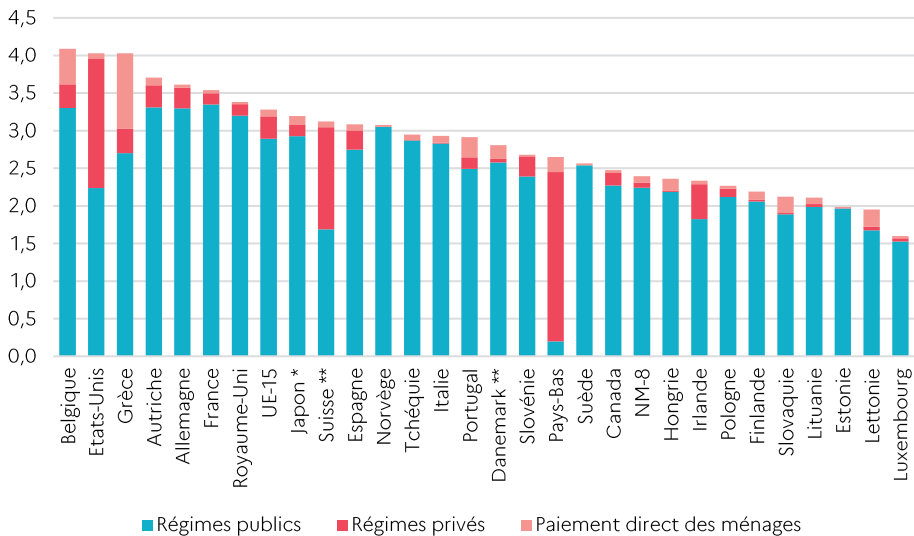
Un financement majoritairement public dans presque tous les pays de l'OCDE étudiés

Dans la majorité des pays, plus de 86 % des dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées par un organisme public (*graphique 2*) : l'État (ou d'autres autorités locales) ou l'assurance maladie obligatoire (dont le fonctionnement est contributif). L'assurance privée (obligatoire ou facultative) participe au financement de ces soins pour plus de 10 % dans quatre pays de l'OCDE en Irlande (20 %), en Suisse (44 %), aux

États-Unis (43 %) et aux Pays-Bas¹ où ils financent la quasi-totalité des frais hospitaliers (85 %). Après financement de l'État, des assurances maladies et assurances privées obligatoires, le reste à charge des ménages (RAC) est très faible pour les soins courants à l'hôpital : il est inférieur à 10 % pour neuf pays étudiés sur dix. Il reste néanmoins élevé en Grèce (25 %), en Belgique (11,5 %), en Lettonie (12 %) et en Slovaquie (10 %) [*graphique 2*]. Le RAC des ménages est quasiment nul en France (1,2 %), en Allemagne (0,9 %) et au Royaume-Uni (1,2 %) en 2020.

Graphique 2 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2020 par habitant

En % du PIB



* Données 2019 ; ** hors hospitalisation de jour.

Note > Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (*annexe 1*), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France). OCDE, Eurostat, Système international des comptes de la santé (SHA).

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.

Si les dépenses de soins courants hospitaliers par habitant diffèrent largement entre les pays, le volume de soins semble se rapprocher

Exprimées en euros courants, en 2020, la France consacre 1 210 euros par an et par habitant pour les soins courants hospitaliers. C'est moins que l'Allemagne (1 460 euros) et que les États-Unis (3 380 euros), mais plus que la Finlande, l'Italie ou encore l'Espagne (respectivement 940 euros, 820 euros et 730 euros par habitant) et que les nouveaux membres de l'UE (370 euros en moyenne par habitant pour les NM [glossaire]). De façon générale, les écarts entre les pays sont très élevés (graphique 3) : la consommation de soins hospitaliers aux États-Unis est ainsi près de 2,8 fois supérieure à celle de la France et 11,3 fois à celle de la Lettonie.

Toutefois, cet indicateur en euros courants ne permet pas de prendre en compte les différences de niveau de vie et de volume de soins qui existent entre les pays de l'OCDE. Afin d'éliminer les différences de prix des produits et services hospitaliers, et d'apprécier les différences de volume de soins consommés à l'hôpital par les pays, les dépenses de soins hospitaliers ont été exprimées en parités de pouvoir d'achat, restreintes au domaine hospitalier (PPA services hospitaliers [glossaire]).

On observe ainsi une réduction significative des différences entre les pays en termes de volumes de soins hospitaliers. Les pays qui pratiquent les

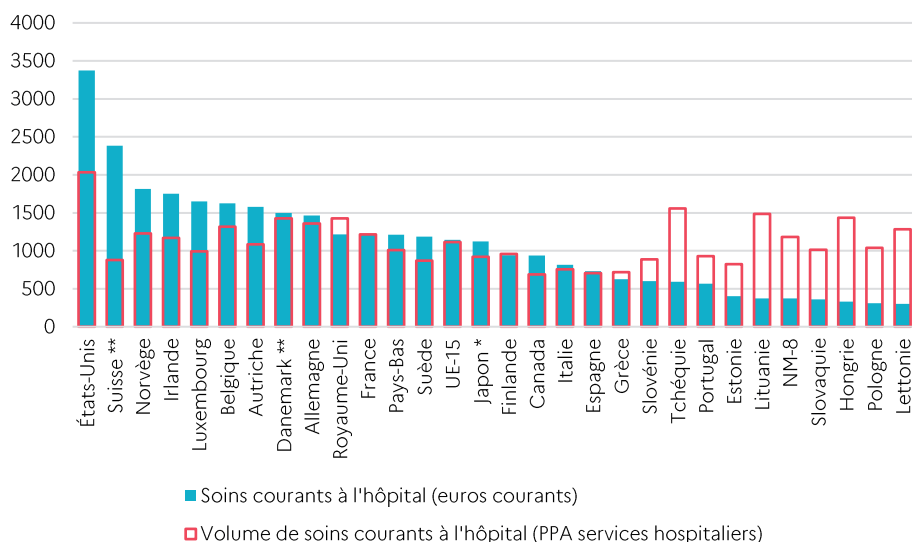
prix les plus élevés (États-Unis, Suisse, Norvège) et ceux qui pratiquent les prix les plus faibles (Lettonie, Pologne, Hongrie) convergent vers des niveaux plus proches de volume de soins.

À titre d'exemple, la prise en compte des prix relativement élevés pratiqués aux États-Unis, permet de réduire significativement l'écart avec la France (pays de référence dans notre analyse) en termes de volume de soins, même si les États-Unis restent les plus grands consommateurs de services de santé hospitaliers parmi les pays étudiés. Si les dépenses de soins hospitaliers par habitant sont 2,8 fois supérieures aux États-Unis, le volume de soins n'est que 1,7 fois supérieur, soit une réduction de l'écart initial de près de la moitié.

D'autre part, si les NM consacrent un plus faible montant (en euros courants), par an et par habitant pour les soins courants à l'hôpital par rapport à la France, la différence de volume de soins hospitaliers consommés est minime. Ils bénéficient effectivement d'un volume de soins relativement similaire (respectivement 1 210 et 1 180 euros en PPA services hospitaliers en France et dans les NM-8). En pratique, les différences observées en euros courants entre la France et la NM sont majoritairement dues au faible coût de la main-d'œuvre dans les NM. Le secteur hospitalier étant un secteur relativement intensif en main-d'œuvre et les salaires étant inférieurs dans ces pays, les prix des services hospitaliers y sont plus faibles.

¹ Cette mesure permet d'identifier un panier de biens et services de services hospitaliers standards, 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 des services hospitaliers.

Graphique 3 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2020 par habitant et volume de soins*En euros courants et en PPA services hospitaliers par habitant*

* Données 2019; ** hors hospitalisation de jour.

Note > Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (annexe 1), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital.

Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services hospitaliers standards pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers. Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2020. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Lecture > Aux États-Unis, en 2020, chaque habitant consomme 3 375 euros courants et 2 032 euros en PPA services hospitaliers (*glossaire*) pour des soins courants à l'hôpital. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des parités de pouvoir d'achat de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

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

Une offre d'hospitalisation répartie entre le public et le privé

Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. Différents statuts juridiques sont en effet possibles pour les hôpitaux : publics, privés à but non lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations), ou privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjour avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en grande partie proposée par des institutions hospitalières sans but lucratif dans les pays membres de l'OCDE étudiés ici (*graphique 4*). En France, 76 % des lits sont en effet proposés par des hôpitaux à but non lucratif (publics ou privés à but non lucratif).

La répartition des lits entre le public et le privé, au sein de ces institutions non lucratives, diffère

selon les pays. Aux États-Unis, aux Pays-Bas ou en Belgique, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui mettent à disposition le plus de lits (entre 60 % et 100 %). Les Pays-Bas ont ainsi confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif. En revanche, dans les autres pays, ce sont les établissements publics au sein des institutions non lucratives qui offrent la majorité des lits d'hôpitaux : de 40 % des lits en Allemagne à 100 % au Royaume-Uni. En France, les hôpitaux publics offrent 61 % des lits disponibles.

Si la part des lits pourvus par des institutions privées lucratives est inférieure à 20 % dans la majorité des pays étudiés, ce n'est pas le cas en France, en Allemagne, en Grèce et en Italie : dans ces pays, respectivement 24 %, 32 %, 32 % et 36 % des lits sont proposés par des institu-

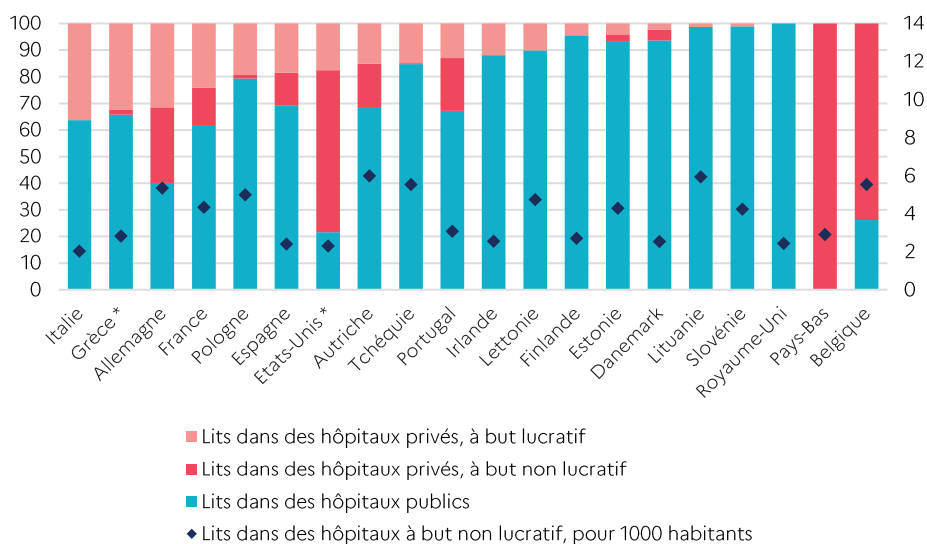
tions privées à but lucratif, témoignant ainsi de grandes disparités au sein de l'Europe en matière de gestion de l'offre de lits.

En Allemagne, depuis le début des années 2000, s'opère une transformation des hôpitaux publics en hôpitaux privés. Les *Länder* et les com-

munes, 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 au profit du privé à cause de difficultés économiques (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits entre les hôpitaux publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif en 2020, et nombre de lits en moyenne pour 1 000 habitants

En % du nombre de lits à l'hôpital (axe de gauche) et nombre de lits pour 1 000 habitants quel que soit le type de soins (axe de droite)



* Données 2019.

Lecture > En France, en 2020, 61 % des lits d'hôpital sont dans des établissements publics, 14 % dans des établissements privés à but non lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif. 4,3 lits pour 1 000 habitants sont proposés dans des établissements à but non lucratif.

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

Une recherche d'efficacité accrue des pays de l'OCDE dans l'hospitalisation : moins de lits et de plus faibles durées d'hospitalisation

En 2020, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants s'établit à 3,3 en moyenne dans l'UE-15 ; en France, ce ratio est un peu inférieur : 2,9 lits pour 1 000 habitants (*graphique 5*). Le Japon arrive en première position du classement avec 7,7 lits pour 1 000 habitants, juste devant l'Allemagne (5,9 lits en 2020).

Les NM disposent en moyenne d'un nombre de lits par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE-15 (3,9 lits contre 3,3 lits pour 1 000 habitants).

Le nombre important de lits en soins aigus n'est néanmoins pas un bon indicateur d'efficacité 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 (« virage ambulatoire ») à des rythmes toutefois très variables selon les pays. Ces innovations permettent de diminuer certaines dépenses hospitalières en limitant le nombre de lits ou en raccourcissant la durée des séjours, et leurs coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et de réadaptation et les services de proximité qui prennent le relais après les interventions. La chirurgie de la cataracte et les amygdalectomies permettent d'illustrer ce point : en 2020, en France, 97 % des opérations de la cataracte et 41 % des amygdalectomies sont réalisées avec une hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuit à l'hôpital).

Cette part varie entre 60 % et 70 % pour la chirurgie de la cataracte et est proche de 0 % pour la chirurgie des amygdales dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie et Hongrie). En Allemagne ces opérations sont également plus souvent réalisées en hospitalisation complète : en 2020, seulement 87 % des opérations de la cataracte et 16 % des amygdalotomies sont réalisées en hospitalisation partielle en Allemagne. L'Allemagne n'a effectivement pas encore amorcé un « virage ambulatoire » à la hauteur de celui réalisé en France.

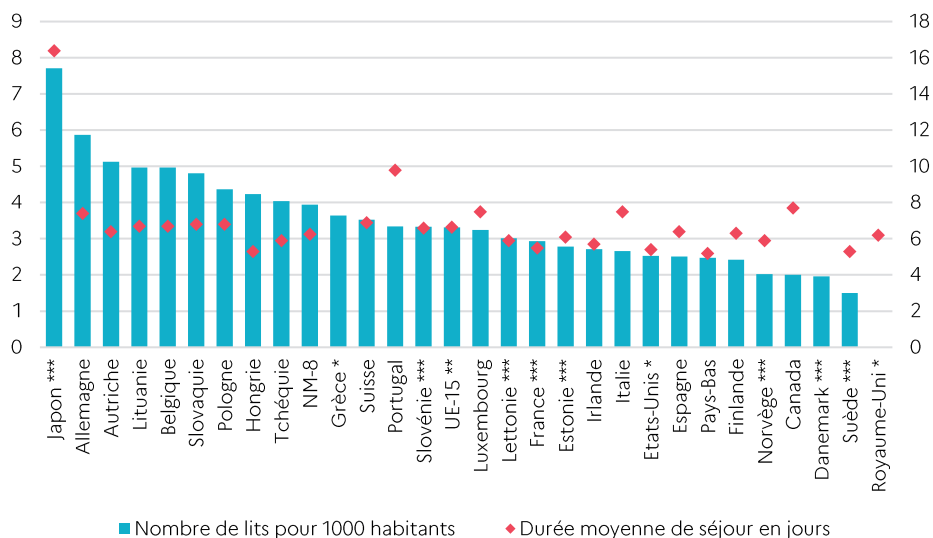
La durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est un indicateur plus pertinent d'efficacité du système hospitalier. En 2020, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte (*graphique 5*), avec 5,5 jours : cette durée est similaire à celle des États-Unis (5,4 jours), mais inférieure à la moyenne de l'UE-15 (6,6 jours), de l'Allemagne (7,4 jours) ou du Canada (7,7 jours). La durée d'hospitalisation en Allemagne est plus

élevée qu'en France (+2 jours en moyenne pour les soins aigus en 2020 comparé à la France). La Commission européenne et l'OCDE, dans leur dernier rapport sur les systèmes de santé, avaient 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'efficacité des systèmes de santé (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour en France est restée relativement stable depuis dix ans, car elle était déjà faible à la fin des années 2000, alors qu'elle a considérablement reculé dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2021). Enfin, la durée moyenne de séjour particulièrement longue au Japon (16,4 jours) peut s'expliquer par une prise en charge forte de la dépendance sévère dans ce pays, principalement dans des unités de soins de longue durée intégrées à l'hôpital (*fiche 33*). ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2020

Nombre de lits pour 1000 habitants (axe de gauche) et durée moyenne de séjour en jours (axe de droite)



* Données 2019 ; ** moyenne UE-15 calculée hors Royaume-Uni, Danemark et Grèce (données non disponibles pour au moins une des composantes) ; *** pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

Lecture > L'Allemagne, en 2020, possède en moyenne 5,9 lits pour 1 000 habitants et la durée moyenne de séjour en soins aigus est de 7,4 jours.

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

Encadré 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 étant 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 incluent 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 ne dépasse pas une journée (hors séances). À 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** correspondent aux lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont inclus les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Les lits des établissements de soins longue durée ne sont cependant pas pris en compte.

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, traitent donc ces séjours 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). Pour ces pays, les lits de soins aigus incluent uniquement les **lits pour soins curatifs somatiques**, autrement dit, les seuls lits réservés à la prise en charge des maladies physiques (par opposition aux maladies psychiques). La **durée moyenne** des séjours porte uniquement sur les séjours d'au moins une nuit.

Pour en savoir plus

- > **Del Carmen Rodríguez Blas, M.** (2022). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020: Principales resultados*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, marzo.
- > **INE** (2022, juillet). Despesa corrente em saúde aumentou 12,2% em 2021, atingindo 11,2 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 2020 – édition 2021*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-Santé.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021*. 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.
- > **Service Public Fédéral – Sécurité sociale** (2021, mai). Dépenses de santé : nouveaux chiffres pour 2019. *Focus sur les chiffres*, 10.

Les dépenses pharmaceutiques varient fortement d'un pays à l'autre. Elles sont relativement élevées au Japon et aux États-Unis. La France occupe une position intermédiaire en Europe, mais au-dessus de la moyenne des pays de l'UE-15. Le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est quant à lui plus faible en France (13 % en 2020) que dans l'UE-15 (28 % en moyenne).

Par ailleurs, si le volume de la consommation médicamenteuse française recule depuis plusieurs années, on observe au 1^{er} trimestre de 2020 une forte croissance des achats en pharmacie, juste avant la mise en place des restrictions sanitaires en Europe. Une diminution forte de la consommation de médicaments à l'hôpital est constatée pendant et après la crise sanitaire. Enfin, la part des médicaments génériques est en augmentation depuis dix ans, notamment en France (+22 points de pourcentage entre 2011 et 2021).

En France, en 2020, les dépenses pharmaceutiques par habitant sont stables et restent proches de la moyenne de l'UE-15

En 2020, au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les dépenses pharmaceutiques représentent de 0,6 % du produit intérieur brut (PIB) au Luxembourg à 2,9 % du PIB en Grèce [graphique 1, encadré 1]. En 2020, la France consacre 1,6 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques, comme la Slovénie ou l'Espagne. Elle se situe légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'UE-15 (1,3 %) et derrière l'Allemagne (1,8 %). Au sein de l'UE-15, les biens médicaux dans leur ensemble (qui regroupent, en plus des produits pharmaceutiques, les appareils thérapeutiques et les autres biens médicaux) représentent 17,0 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), soit le quatrième poste de dépense derrière les soins courants à l'hôpital et les soins courants en cabinet de ville [fiche 26].

Exprimées en euros courants par habitant, les dépenses pharmaceutiques varient davan-

tage (graphique 2)¹ : en 2020, elles sont ainsi presque deux fois plus élevées aux États-Unis et en Suisse que dans plusieurs pays de l'UE-15. Au sein des pays de l'UE-15, l'Allemagne est le pays qui dépense le plus à ce titre (709 euros courants par habitant), suivi de l'Irlande (613 euros courants par habitant). Parmi les pays étudiés, la France se situe en 9^e position, avec 554 euros courants par habitant.

La régulation du prix des médicaments contribue vraisemblablement aux écarts entre pays. 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).

Par ailleurs, si la grande majorité des dépenses de médicaments concerne des médicaments délivrés sur ordonnance, la part de l'automédication² dans ces dépenses reste très variable : elle s'élève à 39 % dans les nouveaux membres (NM [glossaire]), contre 17 % en moyenne dans l'UE-15.

En raison de la contraction de l'activité économique, on constate en 2020 pour la plupart des pays étudiés une augmentation relative de la

¹ Les dépenses pharmaceutiques n'ont pas été exprimées en PPA santé dans la mesure où, le marché pharmaceutique étant un marché mondial, le prix des médicaments reste relativement homogène entre les différents pays européens (en comparaison des services médicaux et en particulier des sa-

laire des professionnels de santé). À noter que des études spécifiques sur le prix des médicaments seront réalisées conjointement par la DREES et par l'OCDE dans les mois à venir.

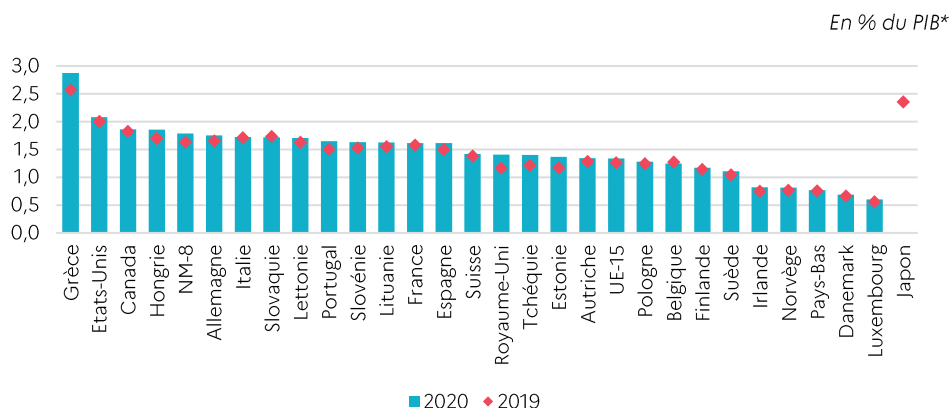
² Médicaments en vente libre dans le graphique.

part du PIB dédiée aux dépenses pharmaceutiques – les augmentations les plus importantes étant observées en Grèce et au Royaume-Uni (graphique 1).

Si l'analyse annuelle des dépenses pharmaceutiques permet d'observer une augmentation de

la part de ces dépenses dans le PIB des pays entre 2019 et 2020, l'analyse de l'évolution infra-annuelle de la consommation de médicaments¹ révèle des variations trimestrielles marquées durant l'année 2020, tant en ville qu'à l'hôpital (voir paragraphes suivants).

Graphique 1 Les dépenses pharmaceutiques en 2020 et en 2019



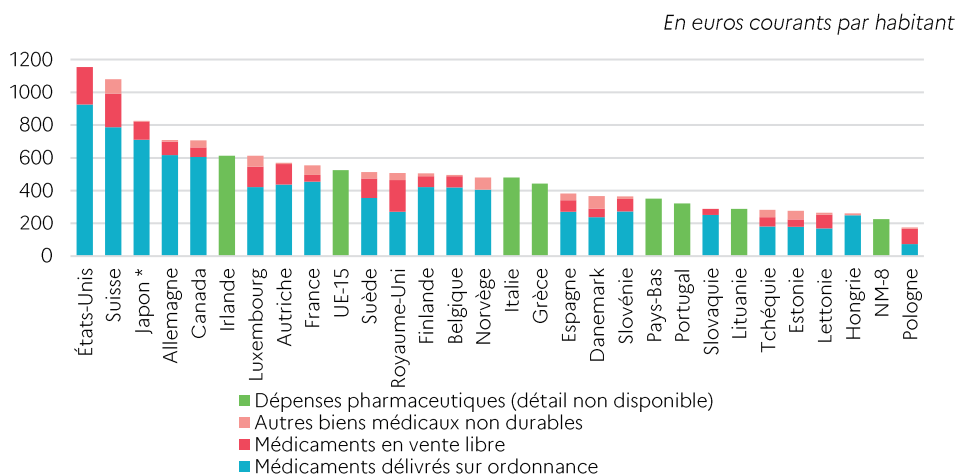
* PIB pour l'année 2020.

Note > Les données pour le Japon ne sont pas disponibles pour 2020.

Lecture > Aux États-Unis, en 2020, les dépenses pharmaceutiques représentent 2,1% du PIB. Elles représentaient 2% en 2019.

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

Graphique 2 Les dépenses pharmaceutiques en 2020 selon le mode de délivrance



* Données 2019.

Lecture > Aux États-Unis, en 2020, chaque habitant consomme 926 euros courants pour des médicaments délivrés sur ordonnance, et 228 euros courants pour des médicaments en vente libre.

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

¹ Ces analyses sont réalisées à partir de la base de données IQVIA.

Encadré 1 Définition

Les dépenses pharmaceutiques disponibles dans le 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. Enfin, les dépenses de tests antigéniques du SARS-CoV-2, ainsi que les vaccins ne sont pas comptabilisés parmi les dépenses pharmaceutiques, mais dans les dépenses de prévention. Pour la France, les ventes en officines (pharmacies) représentent 79 % des dépenses pharmaceutiques (IQVIA, 2022).

En France, une participation des ménages aux dépenses de médicaments inférieure à la moyenne de l'UE-15

En 2020, dans les pays de l'UE-15, les fonds publics et les assurances obligatoires¹ couvrent 71 % des dépenses pharmaceutiques (82 % en France et en Allemagne), alors qu'ils couvrent seulement 46 % de ces dépenses dans les NM-8 et 38 % au Canada (*graphique 3*). En moyenne au sein de l'UE-15, les assurances privées facultatives prennent en charge 1 % des dépenses pharmaceutiques, de sorte que le reste à charge des ménages s'établit à 28 % de la dépense en médicaments, en moyenne. Ce reste à charge est supérieur à celui des soins hospitaliers ou des soins ambulatoires (*fiche 28*).

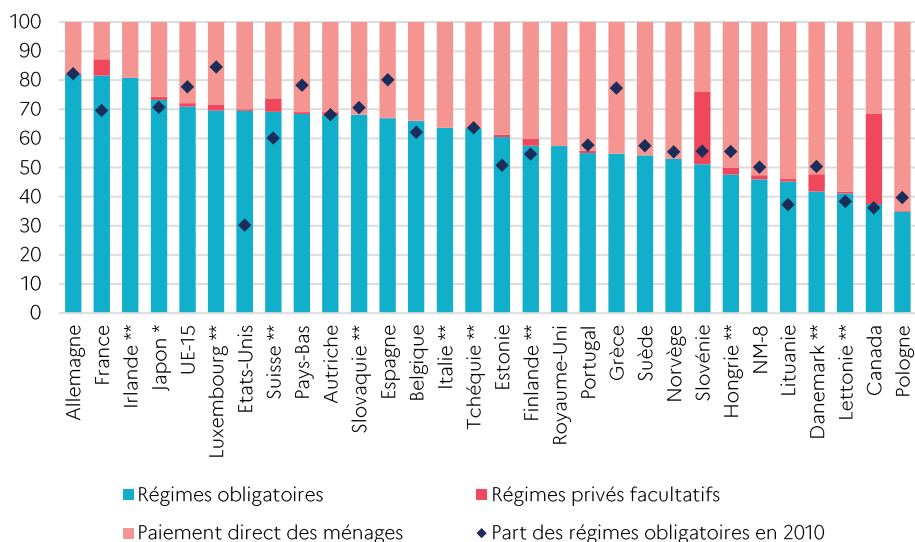
Ces différences de prise en charge s'expliquent par l'absence de couverture de certains produits et le non-remboursement de l'automédication. Par ailleurs, les contraintes budgétaires

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 bénéficient d'une prise en charge publique. Certains pays ont également adopté des mesures reportant une partie du financement sur les ménages. Par exemple, en 2008 à la suite de la crise financière, l'Espagne et la Grèce ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (co paiements, ticket modérateur, base de remboursement déconnectée du prix) [*graphique 3*]. 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 18 % (contre 28 % en moyenne pour les pays de l'UE-15). Ce reste à charge a peu évolué entre 2019 et 2020. Il n'a augmenté que d'un point de pourcentage supplémentaire en France et dans les pays de l'UE-15, et il est resté stable pour les NM-8.

¹ Régimes obligatoires dans le graphique 3.

Graphique 3 Répartition des dépenses pharmaceutiques entre régimes obligatoires, régimes privés facultatifs et participation des ménages en 2020 et en 2010

En %



* Données 2019 ; ** ruptures de série au cours de la période 2010-2020.

Lecture > En France, 81,6 % des dépenses pharmaceutiques sont prises en charge par un financement public, 5,6 % par un régime privé facultatif et 12,8 % sont à la charge des ménages.

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

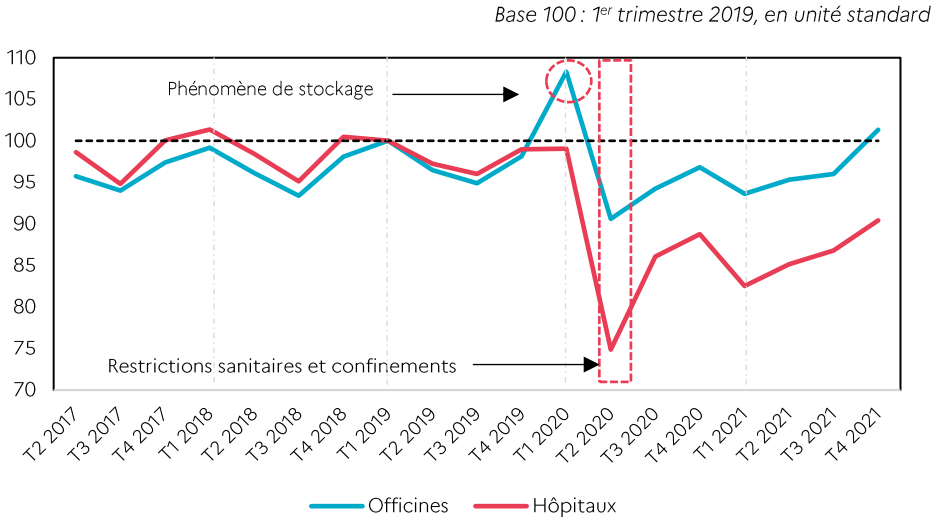
Un stockage de médicaments par les ménages juste avant la mise en place des restrictions sanitaires en Europe au 1^{er} trimestre 2020

Les données trimestrielles sur les ventes en officines en unité standard (en volume) [encadré 2] révèlent un surcroît de ventes juste avant la mise en place des restrictions sanitaires en Europe (graphique 4). Ces schémas d'achats inhabituels ont probablement été motivés par plu-

sieurs facteurs, dont un phénomène de stockage de médicaments par les patients atteints de pathologies chroniques, mais aussi des craintes de ruptures d'approvisionnement (EPI-PHARE, 2020). Une augmentation forte des délivrances d'antidiabétiques, d'antihypertenseurs, d'antiépileptiques et d'antiparkinsoniens en officines a ainsi été observée entre le 1^{er} trimestre de 2019 et le 1^{er} trimestre de 2020 pour l'ensemble des pays étudiés (tableau 1)¹.

¹ La Norvège fait exception : elle n'a pas augmenté ses achats d'antihypertenseurs au 1^{er} trimestre 2020.

Graphique 4 Évolution des ventes en officines et de la consommation à l'hôpital de médicaments entre 2017 et 2021



Champ > Total de la consommation de médicaments à l'hôpital et de la vente de médicaments en officines pour cinq pays (France, Italie, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne).

Lecture > En France, au 2^e trimestre de 2020, la consommation de médicaments à l'hôpital était inférieure de 25 % à celle du 1^{er} trimestre de 2019.

Source > IQVIA 2021, traitements DREES.

Tableau 1 Évolution des ventes en officines d'un échantillon de quatre familles de médicaments pour traiter les pathologies chroniques entre le 1^{er} trimestre de 2019 et le 1^{er} trimestre de 2020

En unité standard, en %

	Antidiabétiques	Antihypertenseurs	Antiépileptiques	Antiparkinsoniens
Allemagne	+12,6	+12,2	+16,0	+9,6
Espagne	+8,1	+7,5	+8,8	+6,9
Finlande	+14,2	+17,1	+13,6	+5,6
France	+8,3	+5,8	+8,6	+7,5
Italie	+7,4	+6,3	+9,3	+11,7
Norvège	+18,7	-9,3	+19,8	+13,4
Pays-Bas	+7,8	+8,5	+10,0	+15,9
Royaume-Uni	+6,5	+5,7	+4,1	+6,0
Total	+8,8	+8,0	+9,1	+8,9

Note > Selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (en anglais : *Anatomical Therapeutic Chemical* [ATC]), les antidiabétiques correspondent à la catégorie A10, les antihypertenseurs correspondent à la catégorie C2, les antiépileptiques à la catégorie N3, et les antiparkinsoniens à la catégorie N4.

Champ > Vente de médicaments en officines pour huit pays.

Lecture > Entre le 1^{er} trimestre de 2019 et le 1^{er} trimestre de 2020, la vente d'antidiabétiques a augmenté de 8,3 % en France. En moyenne pour les huit pays étudiés, elle a augmenté de 8,8 %.

Source > IQVIA 2021, traitements DREES.

Encadré 2 La base de données IQVIA sur les ventes en officines et sur la consommation à l'hôpital

IQVIA produit des données sur les ventes de médicaments en officines, collectées *via* des partenariats avec les pharmacies, et sur la consommation de médicaments à l'hôpital. Les données portent sur les quantités vendues (en unité standard [glossaire]) et sur le chiffre d'affaire (en monnaie nationale, en euros ou en dollars) en fonction de la classification ATC (Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique, en anglais : *Anatomical Therapeutic Chemical [ATC] Classification System*) et selon leur statut (générique ou non, protégé ou non). Les données sont disponibles pour huit pays européens. Pour cinq d'entre eux, nous disposons de données au niveau des hôpitaux et des officines (France, Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni). Les trois autres ne transmettent que des données sur les officines (Finlande, Norvège et Pays-Bas). Exclusion faite des médicaments oncologiques principalement administrés à l'hôpital, cette contrainte ne pose pas de problème majeur pour la Norvège et la Finlande, mais pose de plus grandes difficultés pour les Pays-Bas où le secteur hospitalier représente près de 37 % du marché total des médicaments (contre 21 % en France [IQVIA, 2022]). Par ailleurs, la base de données IQVIA propose un champ plus large que la base de données SHA, puisqu'elle inclut des données détaillées sur les vaccins, qui appartiennent normalement au domaine de la prévention.

Une réduction des ventes de médicaments en officines et de leur consommation à l'hôpital au 2^e trimestre de 2020

Dès le 2^e trimestre de 2020, les ventes de médicaments en officines et leur consommation à l'hôpital¹ ont diminué en moyenne pour les huit pays étudiés de 9 % et de 25 % respectivement comparé au 1^{er} trimestre de 2019 (-14 % et -19 % respectivement pour la France). Outre le phénomène de stockage préalable, l'application des gestes barrières, la limitation des déplacements, la généralisation du port du masque dans l'espace public, mais aussi la déprogrammation d'un certain nombre de soins à l'hôpital, peuvent aussi expliquer cette baisse. En effet, les épidémies saisonnières de gastroentérites et de grippe ont largement été freinées à partir du 2^e trimestre de 2020 et du début des restrictions sanitaires en Europe (Santé publique France, 2021). Pour le 2^e trimestre de 2020, en comparaison avec l'année précédente, la vente d'anti-diarrhéiques a ainsi chuté de 20,4 % en officines et leur consommation de 24,7 % à l'hôpital (tableau 2). Les médicaments de congestionnants nasaux ont connu une diminution similaire, enregistrant une baisse des prescriptions de 8,4 % en officines et de 31,7 % à l'hôpital. La décure la plus spectaculaire concerne les

antitussifs dont les ventes ont décliné de presque 60 % en officines. Ces diminutions sont observées quel que soit le niveau de sévérité des confinements ou des restrictions sanitaires mises en place. Ainsi, autant les pays qui ont appliqué des confinements stricts sur leur territoire (France, Italie, Espagne) que les pays qui ont fermé leurs écoles sans imposer de confinements stricts et sans restreindre les déplacements (Pays-Bas, Finlande, Norvège) présentent une diminution globale de la consommation de médicaments pendant la durée des restrictions.

La délivrance de produits nécessitant une administration par un professionnel de santé diminue également en 2020, notamment les vaccins. Au 2^e trimestre de 2020, les ventes (et l'administration) des vaccins dits combinés² baissent de 25,1 % à l'hôpital et de 14,9 % en officines. Plus spécifiquement, on observe une diminution de 12,8 % des vaccins anti-HPV (les papillomavirus humains) et de 55,9 % des vaccins contre les hépatites. Enfin, l'usage de contraceptifs hormonaux a diminué de façon globale pendant la pandémie avec une baisse de 8,0 % en officines en moyenne pour les huit pays étudiés (-4,6 % en France) au 2^e trimestre de 2020, comparé à l'année précédente, et sans phénomène de stockage préalable. De manière plus spécifique, on observe également un effondrement des délivrances de contraceptifs d'urgence³.

¹ Intra et hors groupe homogène de séjours [GHS].

² Les vaccins combinés contiennent des antigènes permettant de prévenir plus d'une maladie évitable par la vaccination. Ils sont plus souvent administrés que les vaccins non combinés et donnent donc une meilleure représen-

tation de la prescription de vaccins dans un pays donné.

³ Une tendance similaire est observée pour les interruptions volontaires de grossesse (IVG) qui baissent de 4 % en 2020 par rapport à 2019 en France (Fresson et Rey, 2020).

Tableau 2 Évolution de la consommation à l'hôpital et de la vente en officines d'un échantillon de 5 médicaments entre le 2^e trimestre de 2019 et le 2^e trimestre de 2020

En unité standard, en %

		Intensité de confinement*	Antidiarrhéiques	Décongestionnant nasaux	Antitussifs	Vaccins combinés	Contraceptifs hormonaux
Italie	Hôpitaux	Plus de 60	-25,2	-40,9	-45,9	-34,3	-8,1
	Officines		-20,5	-9,7	-53,0	-4,6	-8,1
Espagne	Hôpitaux	55-60	+5,8	-23,5	-44,2	-15,0	-43,3
	Officines		-31,8	-16,9	-65,1	-13,8	-6,6
Royaume-Uni	Hôpitaux	55-60	-38,7	-40,7	-35,5	-12,1	-54,6
	Officines			-4,0	-27,2	-78,5	-16,1
France	Hôpitaux	50-55	-23,3	-17,0	-55,2	-31,4	-57,1
	Officines		-24,4	-8,1	-57,5	-19,1	-4,6
Allemagne	Hôpitaux	50-55	-28,0	-24,1	-44,8	-4,6	-21,4
	Officines		-15,5	-12,0	-67,2	-6,0	-4,9
Pays-Bas	Officines	45-50	-39,7	-11,4	-28,2	-90,6	-11,1
Norvège	Officines	40-45	-1,5	-15,1	-73,5	-54,3	-8,4
Finlande	Officines	Moins de 40	-51,0	-31,4	-57,6	-0,6	-7,8
Total	Hôpitaux		-24,7	-31,7	-44,8	-25,1	-52,2
	Officines		-20,4	-8,4	-58,6	-14,9	-8,0

* L'indice d'intensité de confinement correspond à l'indice de restriction de l'université d'Oxford. Il varie entre 0 (le moins strict) et 100 (le plus strict) et donne une version moyenne de l'intensité des mesures de restrictions sanitaires imposées par les gouvernements pour l'année 2020 (moyenne des scores journaliers en 2020). Il prend en compte neuf paramètres : la fermeture des écoles, la fermeture des lieux de travail, l'annulation d'événements publics, la restriction des rassemblements publics, la fermeture des transports publics, l'obligation de rester à la maison, les campagnes d'information publique, la restriction des déplacements internes et le contrôle des voyages internationaux.

Note > La Finlande, la Norvège et les Pays-Bas ne fournissent des données qu'au niveau des officines. Les autres pays fournissent des données pour les officines et les hôpitaux.

Selon la catégorie ATC : Les antidiarrhéiques correspondent à la catégorie A7F, les décongestionnants nasaux à la catégorie R3A, les antitussifs à la catégorie R5D, les vaccins combinés à la catégorie J7B, et les contraceptifs hormonaux à la catégorie G3A.

Lecture > Entre le 2^e trimestre de 2019 et le 2^e trimestre de 2020, la vente d'antitussifs en officines a diminué de 57,5 % en France. Leur consommation à l'hôpital a diminué de 55,2 % sur cette même période. En moyenne pour les huit pays étudiés, la vente en officines et la consommation à l'hôpital d'antitussifs a respectivement diminué de 58,6 % et de 44,8 %.

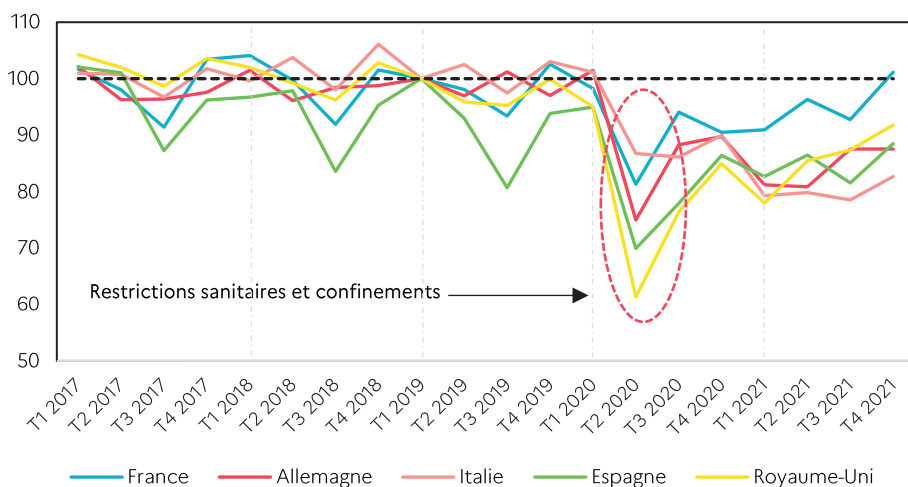
Champ > Vente de médicaments en officines et à l'hôpital pour huit pays.

Sources > IQVIA 2021, traitements DREES ; Oxford COVID-19 Government Response Tracker.

En moyenne, la consommation de médicaments à l'hôpital est restée en dessous de son niveau pré-crise en 2020 et 2021

De manière générale, si la vente de médicaments en officines est revenue fin 2021 à son niveau pré-crise du Covid-19, la diminution de la consommation de médicaments à l'hôpital pendant les restrictions sanitaires a perduré pour la majorité des pays étudiés sur l'ensemble des années 2020 et 2021 (*graphique 5*). La France fait figure d'exception : fin 2021, la consommation de médicament à l'hôpital y est revenue au niveau du 1^{er} trimestre de 2019.

Cette diminution de la consommation de médicaments à l'hôpital s'explique en premier lieu par la réduction du volume de soins. La pandémie de Covid-19 a également eu un impact négatif sur la détection, le diagnostic et le traitement des cancers et d'autres maladies qui ne semblent pas avoir été rattrapés pour l'ensemble des pays. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les dépistages du cancer colorectal ont diminué de 46 % en Italie entre 2019 et 2020 et le nombre de cancers diagnostiqués en 2020 en Espagne a été inférieur de 34 % aux prévisions (OMS, 2022).

Graphique 5 Évolution de la consommation de médicaments à l'hôpital entre 2017 et 2021Base 100 : 1^{er} trimestre 2019

Champ > Total de la consommation de médicaments à l'hôpital et de la vente de médicaments en officines pour cinq pays (France, Italie, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne).

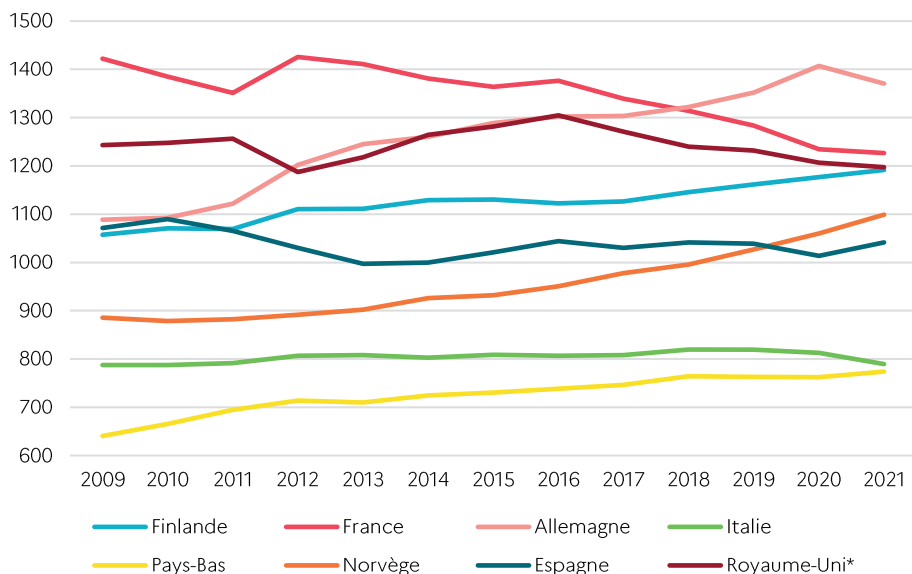
Lecture > En France, au 2^e trimestre de 2020, la consommation de médicaments à l'hôpital était inférieure de 19 % à celle du 1^{er} trimestre de 2019.

Source > IQVIA 2021, traitements DREES.

Au-delà de la crise sanitaire, le recul des ventes officielles par habitant se poursuit en France

La consommation médicamenteuse française en officines, exprimée en unité standard par habitant, diminue depuis 2016 (*graphique 6*). Elle était la plus élevée parmi les huit pays étudiés entre 2009 et 2017. En 2021, elle se situe à un niveau proche de la consommation en Finlande ou au Royaume-Uni (environ 1 200 unités standards par habitant et par an). En 2021, c'est en Allemagne que la consommation de

médicaments est la plus élevée, parmi les pays étudiés (environ 1 400 unités standards par habitant et par an). Entre 2011 et 2021, la consommation de médicaments en unité standard a augmenté de 22,1 % en Allemagne ; sur la même période, elle a diminué de 9,2 % en France. La France a mené des campagnes d'information à destination du grand public et des professionnels de santé, comme la campagne d'information et de sensibilisation sur le bon usage du médicament de 2012 ou les campagnes publicitaires pour limiter la consommation d'antibiotiques.

Graphique 6 Ventes en officines en unité standard par habitant, de 2009 à 2021*En unité standard par habitant*

* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Lecture > En France, en 2009, la vente en officines de médicaments était en moyenne de 1 422 unités standards par habitant. Elle est en 2021 de 1 227 unités standards.

Sources > IQVIA 2021, traitements DREES ; Eurostat, statistiques sur la population.

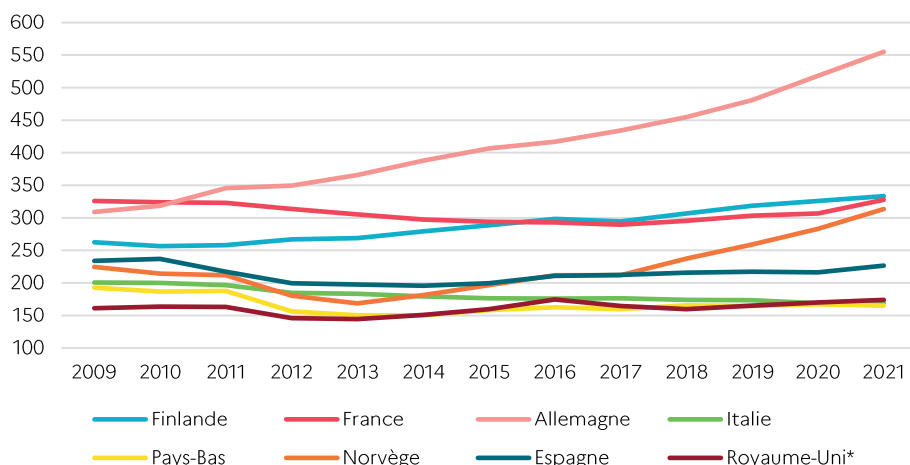
Exprimées en prix fabricant hors taxes (*encadré 3*), les dépenses pharmaceutiques par habitant varient fortement selon les pays, de 165 euros par habitant par an aux Pays-Bas à 555 euros par habitant par an en Allemagne en 2021 [*graphique 7*]. Par ailleurs, si le chiffre d'affaires des ventes en officines augmente en Allemagne, en Norvège et en Finlande entre 2017 et 2021, il semble se stabiliser pour les cinq autres pays étudiés.

L'Allemagne demeure le pays qui présente la consommation en valeur la plus élevée des huit pays étudiés. L'écart franco-allemand s'est également creusé, principalement en raison d'une

volonté politique forte de diminuer les prix en France (augmentation de la part des médicaments génériques et déremboursement de certains médicaments). Il s'explique aussi par un effet de composition : la délivrance, en Allemagne, de certains médicaments en officines, délivrés uniquement à l'hôpital en France. Ainsi, en Allemagne, des antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C (mis sur le marché entre 2014 et 2015) et des anticorps monoclonaux utilisés pour lutter contre les cancers et les désordres immunologiques et inflammatoires, particulièrement onéreux, sont vendus en officines.

Graphique 7 Chiffre d'affaires des ventes en officines en prix fabricant hors taxes par habitant, de 2009 à 2021

En euros par habitant



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Lecture > En Allemagne, en 2009, le chiffre d'affaires moyen des ventes en officines en prix fabricant hors taxes par habitant était de 309 euros. En 2021, il s'élève à 555 euros.

Sources > IQVIA 2021, traitements DREES ; Eurostat, statistiques sur la population.

Encadré 3 Enjeux de comparabilité des prix des médicaments

Les comparaisons internationales de prix des médicaments soulèvent des problèmes majeurs de comparabilité concernant la prise en compte ou non de la TVA et des remises dans le prix de vente. Ainsi, si la moitié des pays étudiés appliquent la TVA sur les données de prix de vente des médicaments vendus en officines (France, Italie, Espagne, Norvège), seule l'Espagne renseigne la TVA sur les données de prix des médicaments consommés à l'hôpital.

Par ailleurs, la plupart des pays excluent les remises des données de prix de vente, à l'exception de la Norvège et des Pays-Bas pour les ventes pharmaceutiques et de l'Allemagne pour les ventes hospitalières. Dans un souci de comparabilité, le prix fabriquant qui n'inclut ni la TVA ni les remises, a ici été choisi pour mener les analyses.

Depuis dix ans, la part des médicaments génériques augmente en volume

En dehors des médicaments dits « non catégorisés » et des « autres médicaments », en 2021, les génériques représentent 68 % des ventes en volume en France. Cette part s'élève à 81 % aux Pays-Bas ; à l'inverse, les génériques ne représentent que 51 % des volumes en Allemagne (graphique 8). La part des médicaments génériques dans le mix médicamenteux total a augmenté pour l'ensemble des pays étudiés entre 2011 et 2021. C'est en France que cette augmentation est la plus élevée (+22 points de pourcentage entre 2011 et 2021).

Si plusieurs facteurs, dont la structure de marché et la proportion de médicaments tombés dans le domaine public, peuvent expliquer les différences observées entre les pays, celles-ci dépendent principalement des politiques nationales déployées en matière de génériques. Plusieurs pays, dont la France et les Pays-Bas, permettent par exemple aux pharmaciens de substituer – sans obligation – un générique à un médicament initialement prescrit. La France a par ailleurs mis en place des incitations financières à destination des pharmaciens, leur attribuant un bonus financier en cas de taux de substitution élevé.

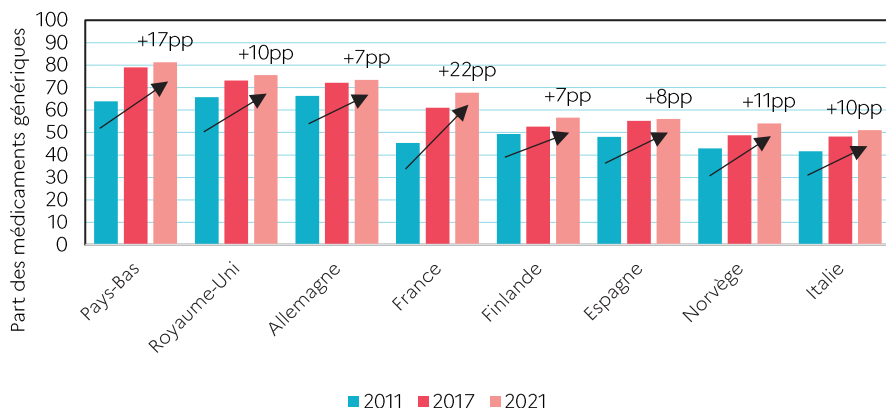
La part des génériques dans le mix médicamenteux diffère fortement d'une aire thérapeutique

à une autre et de larges différences existent entre pays. Dans le domaine de la neurologie (catégorie ATC N), par exemple, la part des génériques vendus en officines varie de 43 % en Italie en 2021 à 88 % au Royaume-Uni.

De même, pour les médicaments des maladies cardiovasculaires (catégorie ATC C), la part de génériques varie de 42 % en Italie à plus de 95 % aux Pays-Bas.

Graphique 8 Part des médicaments génériques vendus en officines dans le mix médicamenteux (en volume)

En %, en unité standard



Lecture > Entre 2011 et 2021, la consommation de médicaments génériques en volume a augmenté de 22 points de pourcentage en France. Elle est passée de 45 % en 2011 à 68 % en 2021.

Champ > Ventes de médicaments en officines, exclusion faite des médicaments dits « non catégorisés » et des « autres médicaments ».

Source > IQVIA 2021, traitements DREES.

La cardiologie et la dermatologie sont les deux postes principaux en volume de médicaments consommés, l'oncologie représente en revanche la part de marché la plus importante

Parmi les cinq pays qui fournissent des données au niveau des officines et des hôpitaux, les médicaments de la cardiologie représentent la classe la plus importante du marché pharmaceutique en unité standard (17 %), suivis par les médicaments de la dermatologie (13,5 %) et des médicaments du système respiratoire (13,2 %). En termes de chiffre d'affaires, les parts diffé-

rent fortement : les dépenses de médicaments oncologiques représentent 23,9 % du total, loin devant les médicaments de la neurologie et de psychiatrie (11,2 %), deuxième aire thérapeutique en valeur (tableau 3).

Par ailleurs, on constate une augmentation des ventes entre 2017 et 2021 pour la moitié des aires thérapeutiques étudiées : de +1,1 % par an pour les médicaments de la cardiologie à +2,7 % par an pour l'oncologie ; La consommation diminue toutefois pour sept des quatorze aires thérapeutiques étudiées : de -0,1 % par an pour les médicaments du domaine de l'hépatogastro-entérologie à -9,9 % par an pour les médicaments de la parasitologie.

Tableau 3 Part de chaque aire thérapeutique dans la consommation totale de médicaments, en valeur (en milliards d'euros), en volume (en milliards d'unités standards), et évolution moyenne de la consommation entre 2017 et 2021

Aire thérapeutique	Consommation en volume	Consommation en valeur	Évolution moyenne de la consommation en volume (2017-2021)
Cardiologie	17 %	7,6 %	1,1 %
Dermatologie	13,5 %	2,5 %	-1,9 %
Système respiratoire - ORL	13,2 %	7,4 %	-2,5 %
Antalgie, antipyrétiques et rhumatismes	11,1 %	5,1 %	-0,9 %
Neurologie et psychiatrie	10 %	11,2 %	1,7 %
Gastro-entéro-hépatologie	7,8 %	4,4 %	-0,1 %
Ophtalmologie et système auditif	7,6 %	3,5 %	-0,6 %
Métabolisme, diabète et nutrition	5,7 %	6,9 %	1,3 %
Sang et hémostase	4,2 %	8,7 %	2,2 %
Urologie et néphrologie	1,3 %	1,3 %	2,6 %
Infectiologie	1 %	2,9 %	-6,3 %
Stomatologie	0,8 %	0,2 %	-1,7 %
Gynécologie obstétrique	0,7 %	1,4 %	2,1 %
Oncologie	0,5 %	23,9 %	2,7 %
Parasitologie	0,1 %	0,1 %	-9,9 %
Autres aires thérapeutiques	5,2 %	13 %	0,9 %

Note > Le détail de la construction des aires thérapeutiques à partir de la catégorie ATC2 est disponible dans le fichier internet de l'ouvrage.

Selon la catégorie ATC, la cardiologie correspond à la catégorie ATC C ; la dermatologie à la catégorie D ; les médicaments du système respiratoire aux catégories R01 à R05 et R07 ; l'antalgie aux catégories M01, M02 et N02 ; la neurologie aux catégories N03 à N07 ; l'hépto-gastro-entérologie aux catégories A02 à A09 ; l'ophtalmologie et le système auditif aux catégories S01 à S03 ; les médicaments du métabolisme aux catégories A10 à A16 et V06 ; les médicaments du sang et hémostase aux catégories B01 à B06 ; l'urologie à la catégorie G04 ; l'infectiologie aux catégories J01, J02 et J04 ; la stomatologie à la catégorie A01 ; la gynécologie aux catégories G01 à G03 ; l'oncologie aux catégories L01 à L04 et la parasitologie à la catégorie P. La catégorie « autres aires thérapeutiques » inclut les catégories ATC restantes.

Lecture > Entre 2017 et 2021, la consommation de médicaments oncologiques a augmenté en moyenne de 2,7 % par an pour l'ensemble des pays étudiés.

Champ > Ne sont pris en compte que les cinq pays qui fournissent des données pour les officines et pour les hôpitaux (France, Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni).

Source > IQVIA 2021, traitements DREES.

Par ailleurs, selon le pays européen étudié, on observe une forte dispersion de la nature des médicaments consommés. Les prescriptions ne sont pas identiques et le classement des aires thérapeutiques en volume varie d'un pays à l'autre (*graphique 9*). Ces fortes disparités peuvent être imputables à de multiples facteurs : les différences nationales en termes de prévalence de certaines maladies, la structure d'âge de la population, les habitudes de prescription ou encore le diagnostic, la prise en charge et l'accès aux soins.

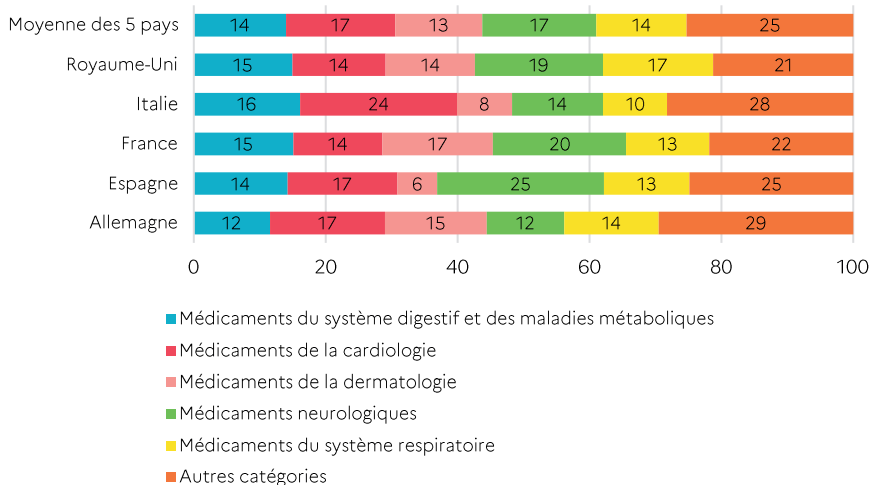
Si la place moyenne dans les cinq pays étudiés des médicaments de cardiologie dans le mix médicamenteux total est de 17 %, l'Italie de

meure le plus grand consommateur avec 24 % de son marché pharmaceutique en volume consacré à cette catégorie (14 % en France). Par ailleurs, la consommation de médicaments des maladies neurologiques en Espagne est bien au-dessus de la moyenne des cinq pays étudiés et représente 25 % du marché pharmaceutique (contre 17 % en moyenne et 20 % en France).

Enfin, l'Italie et l'Espagne sont de moindres consommateurs de médicaments dermatologiques en proportion comparé aux autres pays étudiés (8 % et 6 % de leur mix médicamenteux respectivement, contre 13 % en moyenne et 17 % en France). ■

Graphique 9 Distribution de la consommation de médicaments par aire thérapeutique pour cinq pays européens

En % du marché pharmaceutique total, en unité standard



Note > Selon la classification ATC : La catégorie « autres médicaments » inclut les catégories ATC B (sang et organes hématopoïétiques), G (système génito-urinaire et hormones sexuelles), H (hormones systémiques), J (anti-infectieux), L (antinéoplasiques et agents immunomodulants), M (système musculo-squelettique), P (antiparasitaires), S (organes sensoriels) et V (divers). À titre indicatif, ces catégories correspondent en moyenne et respectivement à 4,1 %, 2 %, 2,8 %, 1,2 %, 0,5 %, 4,6 %, 0,1 %, 7,4 % et 2,4 % de la catégorie « autres médicaments ».

Champ > Ne sont pris en compte que les cinq pays qui fournissent des données pour les officines et les hôpitaux (France, Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni).

Lecture > En France, en 2021, les médicaments neurologiques représentent 20 % du marché pharmaceutique total. En moyenne pour les cinq pays étudiés, ils ne représentent que 17 % du marché.

Source > IQVIA 2021, traitements DREES.

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, p. 269-296
- > IQVIA (2022). MIDAS Panel and Audit Summary.
- > OCDE (2021). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE. Paris, France : édition OCDE.
- > OMS (2022). Déclaration du docteur Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, consultable sur <https://www.who.int/europe/home?v=welcome>.
- > Santé publique France (2021). Épidémies hivernales – Saison 2020-2021.
- > System of Health Accounts (SHA), consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- > Vilain, A., Fresson, J., Rey, S. (2020). Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 (DREES). *Études et Résultats*, 1207.
- > Weill, A., Drouin, J., Desplas, D., et al. (2021). *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021* (EPI-PHARE).

En 2020, la France consacre 46,3 milliards d'euros, soit 2,0 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de longue durée (SLD) dans leur composante médicale (soins pour se lever, se laver, s'habiller, se nourrir et aller aux toilettes). Ces dépenses sont inférieures à 1 % du PIB dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe, et à l'inverse atteignent près de 3 % du PIB pour les pays nordiques. La composante sociale des SLD (accomplissement des tâches domestiques et administratives) représente quant à elle 0,7 % du PIB en France et près de 1,4 % aux Pays-Bas, pays qui y consacrent le plus de moyens. La majorité des dépenses de SLD est consacrée à des soins dispensés dans des structures d'hébergement. Enfin, les dépenses de SLD devraient augmenter fortement avec le vieillissement de la population.

Une meilleure prise en charge des soins de longue durée dans les pays du nord de l'Europe

En 2020, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 2,0 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-15, soit 17,2 % 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 santé¹. Les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et l'Allemagne consacrent entre 2,5 % et 3,4 % du PIB aux SLD en 2020 (*graphique 1*). En effet, les pays scandinaves et du nord de l'Europe ont 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. À l'autre extrémité, la Grèce, la Hongrie, la Slovaquie et la Lettonie consacrent moins de 0,4 % de leur PIB en 2020 aux SLD. De manière générale, l'investissement dans ce domaine est plus faible dans les pays du sud et de l'est de l'Europe. Avec 2,0 % de son PIB consacré aux SLD, la France occupe une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni.

Au-delà des dépenses prises en compte dans la DCSi, des services et aides sociales accompagnent la dépendance et le handicap² dans plusieurs pays, mais ceux-ci sont moins bien renseignés dans le Système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) [*encadré 1*]. Cette composante sociale des SLD peut atteindre 1,4 % du PIB aux Pays-Bas. Les pays du nord de l'Europe proposent le plus souvent ces dispositifs sociaux. En France, cette composante sociale représente 0,7 % du PIB, ce qui porte l'effort total des SLD à 2,7 %.

L'indicateur global de restriction d'activité (*Global Activity Limitation Indicator* [GALI]), et les indicateurs associés portant sur les limitations fonctionnelles et sensorielles des individus [*encadré 2*] permettent de comparer les différences de prise en charge des personnes âgées de 65 ans ou plus nécessitant des SLD. En première analyse, il n'existe pas de corrélation marquée entre la part de personnes déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie dans un pays et les dépenses dans les SLD. L'OCDE fait un constat similaire à partir de données administratives sur les bénéficiaires de SLD (notamment du fait d'incohérences dans les collectes de données sur les SLD [OCDE, 2020a]). Néanmoins, il semblerait que les pays présentant les plus larges proportions de personnes déclarant souffrir de handicap ou de perte

¹ Dans le système des comptes de la santé harmonisée 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).

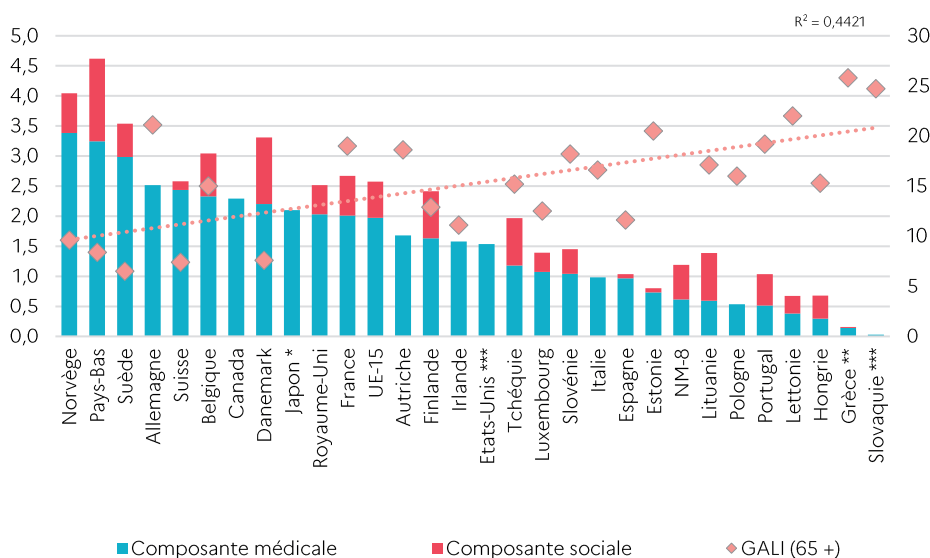
² Comme les travailleurs sociaux (assistantes de services sociaux, conseillers en économie sociale et familiale), les aides ménagères ou les aides à la vie domestique.

d'autonomie sont également ceux qui dépendent le moins dans les SLD. L'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) [encadré 3] confirme ce constat. La Pologne, la Slovinie, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie et la Grèce comptent parmi les pays ayant la plus grande proportion de personnes handicapées ou en perte d'autonomie ne bénéficiant pas d'une prise en charge suffisante pour leurs SLD pour la période 2019-2020. Ainsi, dans ces

pays, entre 57 % et 70 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et déclarant au moins trois limitations des AVQ ou des AIVQ déclarent des besoins de SLD non satisfaits. À l'inverse, le Danemark, la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas comptent parmi les pays présentant les taux les plus bas. La France, quant à elle, se situe dans le tiers supérieur, proche de l'Autriche et de la Suisse, et au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (OCDE, 2021).

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2020

Composantes médicales et sociales en % du PIB (à gauche) ; proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, handicapées ou de perte d'autonomie au sens du GALI, en % (à droite)



* Données 2019 ; ** données 2019 pour la composante sociale uniquement ; *** hors soins à domicile.

Note > La frontière entre composante médicale et composante sociale est fine et conventionnelle. La composante sociale étant souvent moins bien renseignée par les pays, elle est indiquée ici pour information, lorsqu'elle est disponible. Elle n'est pas incluse dans la DCSI.

Lecture > La Norvège dépense 3,4 % de son PIB en soins de santé de longue durée et 0,7 % de son PIB en soins sociaux de longue durée. En Norvège, 9,6 % des personnes âgées de 65 ans ou plus se déclarent en situation de handicap ou de perte d'autonomie au sens du GALI en 2020.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) : Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE). DREES, comptes de la santé (pour la France).

Encadré 1 Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles

S'il existe des enquêtes statistiques (enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe [SHARE], enquête santé européenne [EHIS]) et des collectes de données effectuées par les organisations internationales (dispositif SHA), les statistiques sur les SLD en comparaison internationale sont encore limitées. En effet, ces données couvrent rarement l'ensemble du champ des personnes bénéficiaires de SLD (les individus en établissements résidentiels de SLD sont généralement exclus des enquêtes), et les collectes de données manquent encore d'harmonisation au niveau international. Les deux principales difficultés dans la comparaison internationale des SLD sont les suivantes :

La difficile distinction entre les dépenses de santé et les dépenses sociales dans SHA

La distinction entre les dépenses de SLD 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. Ces dernières sont présentées généralement par la seule composante médicale, la composante sociale des SLD étant moins souvent renseignée par les pays. Par ailleurs, au sein de la DCSI, le partage entre soins courants, d'une part, et SLD, d'autre part, est aussi complexe. Le périmètre des SLD varie d'un pays à l'autre et la frontière entre ces deux notions peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Ces difficultés de classement fragilisent ainsi les comparaisons internationales sur le sujet.

Des difficultés liées à l'estimation du taux d'encadrement en France pour les SLD

Plusieurs rapports de l'OCDE (OCDE, 2020b) et de la Commission européenne (LTC Report, 2021) ont entrepris d'évaluer le nombre de travailleurs sociaux en institutions et à domicile qui prennent en charge des personnes en perte d'autonomie. Ces publications présentent des résultats largement sous-estimés du taux d'encadrement des personnes de 65 ans ou plus pour la France (2,3 travailleurs sociaux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus). Cette sous-estimation des données pour la France est principalement due au fait que ces publications fondent leurs estimations sur la *Labour Force Survey* d'Eurostat (l'équivalent de l'enquête Emploi de l'Insee). Or celles-ci sont largement incomplètes, toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD n'étant pas identifiées donc comptabilisées pour la France (c'est notamment le cas des aides à domicile). Libault (2019) propose une estimation de l'ensemble du champ des travailleurs sociaux en France de 830 000 équivalents temps plein (ETP) travaillant auprès des personnes âgées dépendantes en 2018, soit un taux d'encadrement de 6,3 %. Ce chiffre placerait la France parmi les pays les mieux dotés en personnels dans le secteur des SLD. Cependant, il est également possible que le taux d'encadrement soit sous-estimé dans d'autres pays. Il faut donc analyser celles-ci avec précaution.

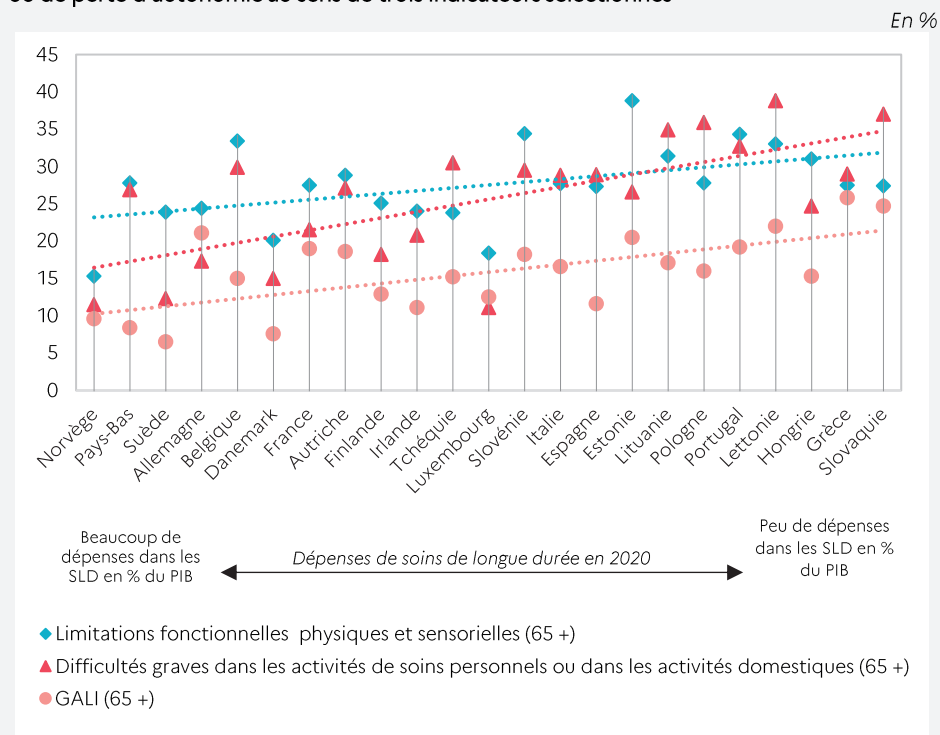
Encadré 2 Identifier les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie en Europe

Plusieurs indicateurs permettent d'identifier des situations de handicap ou de perte d'autonomie. Dans le cadre de cette étude, leur portée a été restreinte aux seules personnes âgées de 65 ans ou plus, ces dernières étant les principaux bénéficiaires de SLD.

Parmi eux, le *Global Activity Limitation Indicator* (GALI) considère comme étant handicapées ou en perte d'autonomie les personnes répondant « Oui, fortement » à la question « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Cet indicateur permet de poser une seule question, incluant quatre éléments constitutifs du handicap : sa dimension chronique (« depuis au moins six mois ») ; un état de santé fonctionnel dégradé (« un problème de santé ») ; une restriction de toutes sortes d'activités (« dans les activités ») ; et une dimension sociale (« que les gens font habituellement »). En France, le GALI est utilisé fréquemment pour les études sur les conditions de vie des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie (Dauphin et Eideliman, 2021). Le GALI est l'une des trois questions composant le mini-module santé européen. La formulation du GALI pour l'ensemble des pays est arrêtée et stabilisée depuis 2008 dans les enquêtes européennes (l'enquête européenne sur la force de travail [LFS], l'enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie [SILC ou SRCV-UE] ou l'enquête européenne de santé [EHIS]).

D'autres indicateurs permettent également d'approcher ces questions. L'Enquête européenne de santé (EHIS) de 2019 permet ainsi de calculer la proportion de personnes ayant des difficultés graves dans les activités de soins personnels ou dans les activités domestiques (c'est-à-dire les personnes déclarant au moins une difficulté parmi les cinq activités de soins personnels ou parmi les cinq activités domestiques mentionnés dans l'enquête¹), ainsi que la proportion de personnes souffrant de limitations fonctionnelles, physiques et sensorielles graves (vision, audition, marche). Quel que soit l'indicateur utilisé, on observe une corrélation négative entre la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie, et l'investissement des pays dans les SLD (*graphique – les pays ont été triés selon leur investissement dans les SLD [composante médicale], de gauche à droite*). En Norvège, pays qui dépense le plus en SLD (composante médicale), 9,6 % des personnes âgées de 65 ans ou plus déclarent souffrir de handicap au sens du GALI, 11,5 % indiquent rencontrer des difficultés graves dans les activités de soins personnels ou dans les activités domestiques et 15,3 % présentent des limitations graves fonctionnelles, physiques et sensorielles. En Slovaquie, pays qui dépense le moins dans les SLD (composante médicale), ces taux s'élèvent à 24,7 %, 37,0 % et 27,4 % respectivement.

Graphique Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, souffrant de handicap ou de perte d'autonomie au sens de trois indicateurs sélectionnés



Note > Les pays ont été classés selon leur investissement dans les SLD (composante médicale), la Norvège étant le pays qui investit le plus, et la Slovaquie celui qui investit le moins.

Lecture > En Norvège, 9,6 % des personnes âgées de 65 ou plus déclarent souffrir de handicap au sens du GALI, 11,5 % indiquent rencontrer des difficultés graves dans les activités de soins personnels ou dans les activités domestiques et 15,3 % présentent des limitations graves fonctionnelles, physiques et sensorielles.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) : Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE) ; Eurostat, enquête européenne de santé (EHIS).

¹ Exemple des difficultés domestiques et personnelles : préparer des repas, utiliser le téléphone, faire les courses, gérer la prise de médi-

cament, effectuer des tâches domestiques, gérer les finances et les tâches administratives, etc.

Encadré 3 L'enquête SHARE

L'enquête SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) collecte tous les deux ans des données médicales, économiques et sociales auprès des populations de plus de 50 ans dans 27 pays européens. Elle permet d'estimer la part de personnes âgées ne bénéficiant pas d'une prise en charge formelle ou informelle suffisante de leurs besoins de SLD, en restreignant son analyse aux seules personnes faisant état de limitations des activités quotidiennes (AVQ et AIVQ). Longitudinale, cette enquête interroge les mêmes participants à intervalles réguliers afin d'observer au mieux les changements dans le temps de la société et de la population en général.

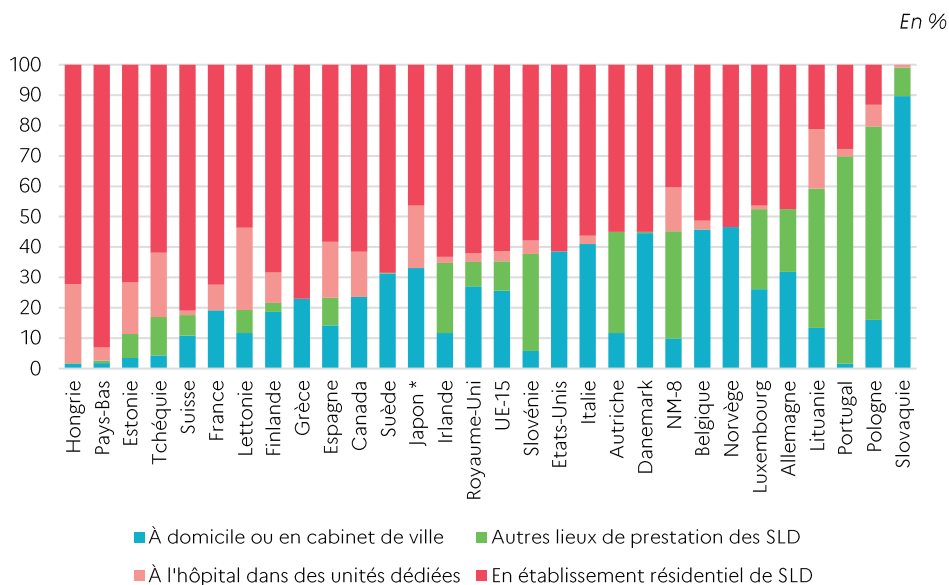
Une organisation différente de la prise en charge de la dépendance dans de nombreux pays

À partir des années 1980, les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dépendance, 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 d'assistance, 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 1^{er} janvier 2021, la Caisse nationale des solidarités pour l'autonomie (CNSA) est désormais la caisse de sécurité sociale gérant la 5^e 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, 64 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés dans des structures d'hébergement (61 %) ou à l'hôpital dans des unités dédiées (3 %), 26 % sont dispensés à domicile ou dans des cabinets de ville et 10 % dans d'autres lieux de prestation des SLD (*graphique 2*). Les coûts moyens (personnels et infrastructures) en institutions sont plus élevées qu'à domicile. Les dépenses en institution 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 8 % 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 a également été mise en place en France – l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) – afin d'indemniser les aidants qui travaillent ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Graphique 2 Répartition des dépenses pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de la prestation des soins



* Données 2019.

Note > La catégorie « Autres lieux de prestations des SLD » inclut les SLD fournis par les lieux de prestations des SLD non classés ailleurs. Elle inclut majoritairement les SLD fournis par « le reste de l'économie » et, dans une moindre mesure, les prestataires de soins préventifs, les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé et les prestataires de services auxiliaires.

Lecture > La Hongrie consacre 2 % de ses dépenses totales de SLD à ceux fournis à domicile ou en cabinet de ville, 72 % en établissements résidentiels de SLD et 26 % à l'hôpital dans des unités dédiées.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Un besoin croissant de soins de longue durée pour une population vieillissante

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD entre les pays étudiés peuvent aussi s'expliquer par des différences de structures démographiques. En moyenne, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus a presque doublé entre 1960 et 2020 dans les pays de l'UE-15, passant de 10,6 % en 1960 à plus de 20 % en 2020. La part des personnes âgées de 80 ans ou plus a quant à elle été multipliée par 4, de 1,6 % en 1960 à 6,2 % en 2020, en raison notamment de la baisse des taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Les projections démographiques¹ montrent que ces proportions devraient augmenter dans les prochaines décennies et atteindre respectivement 28,4 % et 11,3 % de la population dans les pays de l'UE-15 en 2050. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Grèce, en Italie, au Japon et au

Portugal. À l'inverse, et en raison notamment d'un taux de fécondité plus élevé, la part des personnes âgées dans les pays de l'est de l'Europe est plus faible que dans le reste de l'Union européenne (les personnes âgées de 65 ans ou plus et de 80 ans ou plus représentent respectivement 19 % et 4,5 % en 2020 dans les NM-8). Cette tendance devrait néanmoins s'inverser concernant la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, les projections pour 2050 atteignant 29,7 % (graphique 3).

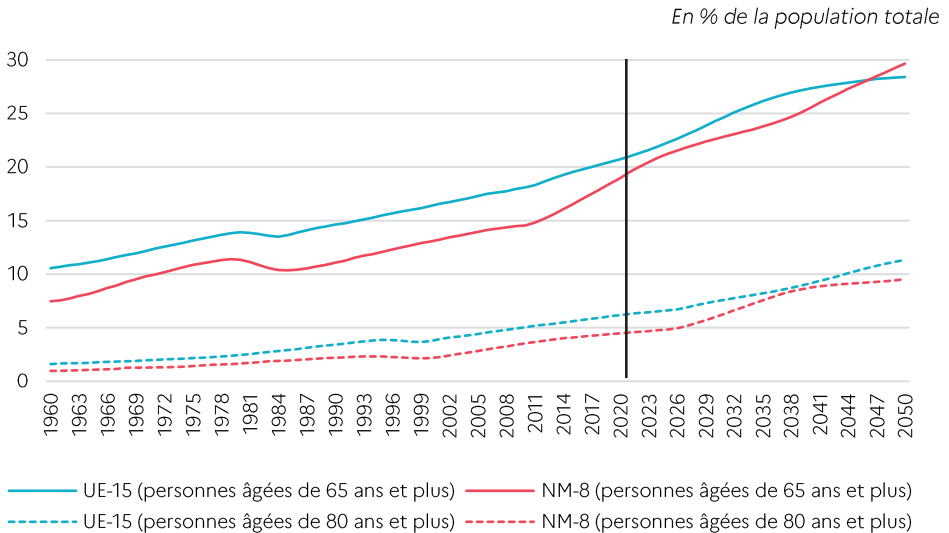
Le vieillissement de la population a des implications majeures pour les soins de longue durée, en augmentant les besoins dans l'absolu et *a fortiori* relativement à la population active. D'après la Commission européenne (Commission européenne, 2021), le rapport de dépendance des personnes âgées (la 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 risque, associé à celui de la diminution

¹ Projection de la population de l'OCDE et d'Eurostat.

de la prise en charge des personnes âgées au sein de la famille (faible fécondité et participation croissante des femmes au marché du tra-

vail), pourrait conduire les pays à doubler leurs dépenses de SLD d'ici à 2060 (Commission européenne, 2021). ■

Graphique 3 Évolution de la part de la population âgée de 65 ans ou plus (ligne pleine), et de 80 ans ou plus (ligne en pointillés)



Note > Les moyennes des pays de l'UE-15 et des NM-8 sont respectivement représentées en bleu et en rouge sur le graphique.

Champ > Pays de l'UE-15 : Autriche, Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Suède et Royaume-Uni. Les nouveaux membres sont l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie, la Slovénie et la Tchéquie.

Sources > OCDE, Eurostat, projections de la population..

Pour en savoir plus

- > **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*.
- > **Dauphin, L., Eidelman, J.S.** (2021). Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : Que vaut l'indicateur « GALI » ? Utilisation de la question GALI pour repérer les personnes handicapées et établir des statistiques sur leurs conditions de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 74.
- > **Libault, D.** (2019). *Grand âge et autonomie [Old age and autonomy]*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- > **OCDE** (2020a). *Assessing the Comparability of Long-term care Spending Estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire*, sur <https://www.oecd.org/health/health-systems/LTCSpending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>
- > **OCDE** (2020b). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies. Paris, France : OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- > **Tubeuf, S., Jusot, F., Devaux, M., Sermet, C.** (2008). Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health. Irdes, *Document de travail*, 12.



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé
au sens international

Comparaisons internationales

Annexes



Tableaux détaillés

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) ;
- 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.).

Afin d'harmoniser les définitions utilisées entre les différents agrégats, la CSBM inclut cette année les différentes subventions versées aux professionnels de santé (en particulier les prises en charge de cotisations des professionnels de santé par l'Assurance maladie, les aides à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité), comme c'est le cas pour les dépenses retracées par la DCSi.

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 international¹ (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 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 résidents² 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 par exemple des soins de suites et de réadaptation en établissement de santé, les actes de rééducation ostéo-articulaire des masseurs-kinésithérapeutes ou des actes des orthophonistes.
- 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.

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 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 ».

² 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.

- 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 dépenses 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 constitué 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 de tous les financeurs de dépenses non classés ailleurs.

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*).

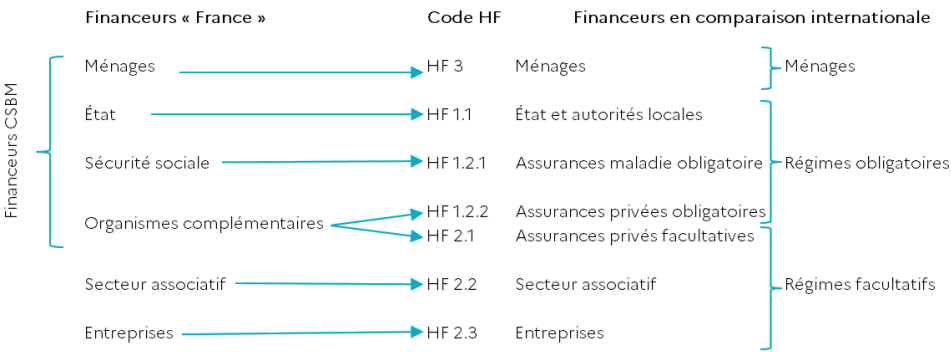
Le secteur associatif (institution sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM) correspond à la catégorie HF2.2 (« *NPISH financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle.

- Les entreprises (hors organismes complémentaires) correspondent à la catégorie HF2.3 (« *enterprise 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 (financier de la dépense) s'éloigne de la ventilation par secteur institutionnel 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 1^{er} 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.

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. 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 vendus 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.). Dans les comptes de la santé, l'ensemble des soins ambulatoires et des soins en clinique privée sont classés dans cette catégorie. La valeur retenue pour ces biens et services est le prix facturé hors impôt sur produit, auquel on rajoute d'éventuelles subventions reçues par le producteur, au motif que la prise en compte de ces subventions permet de mieux approcher la valeur économique du produit. Sur ce dernier point, la définition diffère de celle du cadre central des comptes nationaux (qui évalue la consommation au prix facturé TTC). Les conventions internationales établies par l'OCDE et Eurostat au sein du System of Health Accounts (SHA) retiennent ainsi une définition spécifique de la consommation, jugée plus adaptée à décrire les spécificités du secteur de la santé. Cette « consommation de soins *ajustée* » intègre ainsi les subventions sur produits versées aux professionnels ou établissement de santé. Avec la crise sanitaire, le nombre de dispositifs d'aide s'est élargi, créant une divergence plus importante entre l'agrégat français du cadre central de la comptabilité nationale et son pendant international. Pour cette raison, le champ de la CSBM a été modifié par rapport aux éditions précédentes des comptes de la santé : celui-ci est désormais calé sur les conventions SHA et intègre les subventions versées au secteur de la santé (notamment la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux notamment). À titre exceptionnel, les subventions d'exploitation versées au secteur marchand dans le cadre de la crise sanitaire versées en 2021 et 2022 (compensation des pertes de revenus liées aux mesures sanitaires) ont également été intégrées au champ de la consommation de soins.
- À l'inverse, les biens et les services « *non marchands* » sont produits sans objectif d'être vendus 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, lorsqu'ils existent, 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, y compris autres impôts à la production nets des subventions d'exploitation). 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 quinze 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).

À compter de l'édition 2022 des comptes de la santé, la consommation de soins ambulatoire inclut également les subventions sur les produits versées au secteur de la santé ainsi que les subventions sur la production mise en œuvre lors de la crise sanitaire liée au Covid-19. S'agissant des soins ambulatoires, ces subventions recouvrent :

- La prise en charge des cotisations maladie et vieillesse des praticiens de santé exerçant en libéral. Les praticiens libéraux ne s'acquittent que d'une partie de leurs cotisations sociales, le complément étant financé par l'Assurance maladie.
- L'aide à la télétransmission. Il s'agit d'une aide versée par l'Assurance maladie pour inciter les praticiens libéraux à transmettre leurs feuilles de soin de manière informatisée.
- Le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA). Ce dispositif exceptionnel de soutien a été mis en place en 2020 (et plus marginalement 2021) afin de compenser une partie des pertes de recettes des praticiens libéraux liée aux mesures de restrictions de déplacement et d'activité mises en place lors du premier confinement.

Les prestations versées par de la complémentaire santé solidaire (CSS fusion de la CMU-C et de l'ACS), auparavant prises en charge directement par l'État, sont financées à compter de 2021 par la CNAM. Ces dépenses sont donc, à compter de 2021, intégrées au sein des dépenses de la Sécurité sociale.

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 pour en déduire 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 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, autres impôts sur la production nette des subventions d'exploitation, 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. Par convention, dans les comptes de la santé, la part financée par la Sécurité sociale intègre le déficit des hôpitaux (part des coûts non couverts la même année par des recettes).

(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 hospitalier¹.

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*). Comme pour soins de ville, elle inclut les subventions versées aux cliniques privées, notamment la garantie de financement. Cette garantie a été mise en place pour l'ensemble des établissements sanitaires afin de leur assurer un niveau de recettes en 2020 et 2021 au moins équivalent à celui observé en 2019.

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 (dispositif d'indemnisation à la perte d'activité pour les praticiens libéraux, garantie de financement pour les établissements privés et compensation de perte d'activité pour l'ensemble des établissements de santé² et médico-sociaux). Ces aides spécifiques ont été reconduites pour l'année 2021. Dans la précédente édition des comptes de la santé, ces aides n'étaient pas considérées comme des dépenses de consommation en santé (conformément aux règles du cadre central de la comptabilité nationale, puisque ces subventions sont précisément versées pour faire face à une baisse d'activité, donc de production de soins), mais comme des subventions à la production en direction du système de santé. Elles n'entraient donc pas dans le calcul de la CSBM, tout en étant comptabilisées au sein de la DCSi. À compter de cette année, en conformité avec la codification internationale retenue par SHA, l'ensemble des subventions sont comptabilisées au sein de la CSBM dans chacun des postes de soins correspondants³.

Les tests PCR et antigéniques pour dépister des personnes atteintes du Covid-19 sont classés dans la nomenclature internationale au sein des soins de prévention de la DCSi (poste HC.6). Dès lors, ces dépenses ne sont plus incluses dans la CSBM. De même, les dépenses liées à la vaccination

¹ Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

² 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. Ces dépenses sont donc exclues du champ des CNS.

³ C'est la raison pour laquelle le SHA dénomme la CSBM « *adjusted consumption* ».

contre le Covid-19 sont aussi classées parmi les dépenses de prévention. Les actes d'injections de vaccins ne font donc pas partie du périmètre de la CSBM.

Afin de présenter une vue complète des dépenses, les fiches des soins ambulatoires présentent aussi pour information les différentes dépenses de prévention et de soins de longue durée, dorénavant exclues de la CSBM.

Les dépenses de masques sont comptabilisées au sein de la CSBM (en soins ambulatoires et établissements de santé).

Les révisions de l'édition 2021 des comptes de la santé

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, conformément aux recommandations du code de bonnes pratiques de la statistique européenne.

Les différentes sources de révision des comptes de la santé

Chaque édition du panorama des comptes de la santé révisé les données antérieures de façon à accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. On distingue trois types de révisions : **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 aux comptes de la santé des années 2010 à 2021.

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 afférentes aux soins effectués l'année n à l'exercice comptable de l'année n . Or une fraction de ces dépenses 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 (2021 dans la présente édition) intègre *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente qui est révisée en conséquence (2020 dans la présente édition). En revanche, 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 du cadre central de la comptabilité nationale 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 2020 et 2021 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2019 et antérieures sont définitives (sauf changement de base de l'Insee, qui se traduit en aval par un changement de base des comptes de la santé).
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2022 des comptes de la santé, les données 2021 sont provisoires, celles de 2020 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 définis au niveau international dans le cadre du Système 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 se conformer aux standards internationaux, plusieurs révisions de champ ont été intégrées à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2022 des comptes de la santé.

a) Ajout des subventions dans le champ de la CSBM

Les définitions internationales considèrent que les subventions versées aux professionnels ou établissements de santé doivent être intégrées à la consommation de santé ; ce concept de consommation plus large est appelé « consommation de soins ajustée ». Avec la crise sanitaire, le nombre de dispositif d'aide s'est élargi, créant une divergence de plus en plus importante entre la CSBM et la DCSi. Afin d'assurer une comparabilité entre les deux agrégats, quatre subventions ont été ajoutées à la CSBM pour l'édition 2022 des comptes de la santé.

- La prise en charge des cotisations maladie et vieillesse des praticiens de santé exerçant en libéral par l'Assurance maladie. Les praticiens libéraux ne s'acquittent que d'une partie de leurs cotisations sociales et le complément est financée par l'Assurance maladie.
- L'aide à la télétransmission. Il s'agit d'une aide versée par l'Assurance maladie pour inciter les praticiens libéraux à transmettre leurs feuilles de soin de manière informatisée.
- La garantie de financement. Cette garantie a été mise en place pour l'ensemble des établissements sanitaires afin de leur assurer un niveau de recette en 2020 et 2021 au moins équivalent à celui observé en 2019. Seule la garantie versée aux cliniques privées est ajoutée à la CSBM. La consommation de soins fournis par l'hôpital public étant estimée par les coûts et non par les recettes, sa mesure n'est pas modifiée par la mise en place de revenus complémentaires.
- Le dispositif d'aide à la perte d'activité (DIPA). Ce dispositif exceptionnel de soutien a été mis en place afin de compenser une partie des pertes de recettes des praticiens libéraux liée aux mesures de restrictions de déplacement et d'activité mises en place lors du premier confinement.

Ainsi, la CSBM n'enregistre plus uniquement des dépenses de consommation, mais également des montants considérés comme des subventions en comptabilité nationale.

Tableau 1 Subventions reclassées au sein de la CSBM de 2011 à 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prise en charge des cotisations maladie et vieillesse par l'Assurance maladie	2 180	2 312	2 355	2 561	2 796	2 716	2 471	2 519	2 674	2 627	2 604
Aide à la télétransmission	0	0	0	0	132	129	144	145	191	177	193
Garantie de financement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 106	591
Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 288	61
Ensemble des subventions reclassées	2 180	2 312	2 355	2 561	2 928	2 845	2 615	2 665	2 865	5 198	3 449

Source > DREES, comptes de la santé.

Dans l'édition 2021, ces dépenses étaient comptabilisées au sein du poste HC.7 « Gouvernance » de la DCSi.

b) Ajout des dépenses liées aux masques dans la CSBM

Dans l'édition 2021, les achats de masques par Santé Publique France avaient été comptabilisés dans les dépenses de prévention (DCSi - HC.6), faute de données disponibles pour identifier les destinataires. De nouvelles données ont permis pour cette édition de ventiler les achats de masques suivant leur usage. En outre, le traitement effectué l'année précédente n'était pas conforme aux définitions internationales, qui recommandent de classer la consommation de masques parmi les biens médicaux.

Les masques mis à disposition de l'hôpital public par Santé publique France à titre gratuit font l'objet d'un retraitement comptable dans les comptes de la santé. Ces masques n'ayant pas été financés directement par les hôpitaux, ils ne figurent pas dans leurs comptes. Pour fournir une description

retracant l'intégralité du circuit économique et leur utilisation à l'hôpital, les comptes de la santé ajoutent une consommation intermédiaire de l'hôpital avec pour contrepartie un transfert de Santé publique France. Suivant cette approche, l'hôpital apparaît bien comme consommateur des masques tandis que Santé publique France agit comme financeur. Les dépenses de consommation retracées dans les comptes de la santé n'intègrent pas les consommations intermédiaires des acteurs de la santé. En revanche, l'hôpital public étant un acteur non marchand, ce surplus de consommation intermédiaire se traduit par une hausse de la production de service de santé non marchande d'un montant équivalent.

Tableau 2 Dépenses de masques incluses dans la CSBM en 2020 et 2021

	2020	2021
Soins hospitaliers		
Fourniture de masques à l'hôpital public par Santé publique France	1 641	413
Biens médicaux		
Achat de masques par les ménages	768	326
Honoraire de dispensation des masques en pharmacie	84	151
Total	2 493	889

Source > DREES, comptes de la santé.

c) Le retrait des soins de longue durée de la CSBM

La CSBM inclut l'ensemble des soins courants destinés à traiter une perturbation de l'état de santé et exclut les soins de longue durée, à visée palliative.

Deux postes de dépenses intégrées à la CSBM étaient jusqu'à présent reclassées parmi les soins de longue durée dans les comptes internationaux (poste HC.3 de la DCSi). À compter de l'édition 2022, on aligne la CSBM sur le concept défini dans SHA, si bien que ces retraitements n'ont plus lieu d'être. En particulier :

- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été comptabilisés au sein de la CSBM lors de l'édition 2021. Cette classification s'est révélée non conforme aux définitions internationales. Dans l'édition 2022, les SSIAD ne sont donc plus comptabilisés dans les soins courants (CSBM) mais dans les soins de longue durée.
- Les prises en charge de la dépendance par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, qui correspondent à des surcoûts spécifiques pour certains actes infirmiers et de kinésithérapie pour la prise en charge de patients en situation de dépendance, ont également été reclassés dans les soins de longue durée.

Tableau 3 Dépenses de soins de longue durée reclassées en dehors de la CSBM de 2011 à 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SSIAD	1 464	1 539	1 605	1 637	1 658	1 676	1 722	1 739	1 760	1 874	1 902
Prise en charge de la dépendance par les infirmiers	851	877	903	920	940	980	1 019	1 051	1 090	1 062	1 111
Prise en charge de la dépendance par les masseurs-kinésithérapeutes	415	428	440	449	459	478	497	512	532	518	542
Ensemble des soins de longue durée reclassés	2 731	2 845	2 948	3 005	3 057	3 134	3 238	3 302	3 382	3 454	3 555

Source > DREES, comptes de la santé.

d) Le retrait des dépenses de prévention de la CSBM

La CSBM couvrait certaines dépenses considérées dans les standards internationaux comme des dépenses de prévention. Ces dépenses n'entraient pas dans le champ de la CSBM *stricto sensu* car elles ne concourent pas directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Ces dépenses exclues du champ de la CSBM et reclassées parmi les dépenses de préventions au sein de la DCSi (poste HC.6) couvrent :

- Les prélèvements pour effectuer les tests PCR ou antigéniques (TAG);
- Les dépenses liées à la réalisation tests antigéniques et TAG (hors prélèvement);
- Les achats de vaccins en pharmacie (hors Covid-19);
- Les achats de vaccins Covid-19;
- Les injections de vaccins Covid-19.

Tableau 4 Dépenses de prévention reclassées en dehors de la CSBM de 2011 à 2021

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prélèvement pour tests PCR ou TAG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	259	721
Tests PCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 649	3 431
Tests TAG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	207	2 434
Achat de vaccin en pharmacie	552	519	521	815	754	456	446	561	589	586	616
Achat de vaccin Covid-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 211
Injection de vaccin Covid-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 576
Ensemble des dépenses de prévention reclassées	552	519	521	815	754	456	446	561	589	2 700	10 989

Source > DREES, comptes de la santé.

3) Modifications méthodologiques et corrections d'erreur

a) Correction des estimations des dépenses hors nomenclatures pour les orthophonistes et les orthoptistes

Le champ des comptes de la santé inclut les dépenses hors nomenclatures, non prises en charge par l'Assurance maladie. Ces dépenses non prises en charge n'apparaissent donc pas dans les données administratives du remboursement des dépenses de santé par l'Assurance maladie. En l'absence de source de données, les dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie sont estimées au prorata de la dépense reconnue.

Des dépenses hors nomenclatures étaient incluses dans les soins fournis par les orthophonistes et les orthoptistes comptabilisées dans les précédentes éditions des comptes de la santé. Après examen, ces estimations étaient incluses à tort car tous les actes de ses professionnels sont pris en charge, au moins en partie, par l'Assurance maladie. L'estimation des dépenses des actes hors nomenclatures a donc été arrêtée pour ces deux professions.

Tableau 5 Retrait des estimations des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie pour les orthophonistes et les orthoptistes entre 2011 et 2020

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Orthophonistes	-91	-96	-104	-108	-112	-117	-120	-123	-128	-108
Orthoptistes	-25	-27	-29	-31	-32	-33	-35	-45	-57	-57
Total	-116	-123	-133	-139	-144	-150	-155	-168	-185	-166

Source > DREES, comptes de la santé.

b) Bascule de la CSS de l'État vers la Sécurité sociale

En 2021, le circuit de financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) a été modifié. Jusqu'en 2020, l'État prenait en charge directement les dépenses de la CSS ; à partir de l'année 2021, le financement de la CSS est assuré par la Sécurité sociale. Ceci modifie à partir de 2021 la structure des dépenses suivant les différents financeurs. En 2021, le transfert à la Sécurité sociale des dépenses liées à la CSS s'élève à 3 155 millions d'euros

c) Ajout des dépenses de la complémentaire santé solidaire prise en charge par les organismes complémentaires et les autres régimes

En octobre 2019, les deux dispositifs de couverture maladie complémentaire aux personnes disposant de faibles ressources, la couverture maladie universelle (CMU) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), ont été supprimés et remplacés par la complémentaire santé solidaire (CSS). La gestion de ces dispositifs peut être assurée par un organisme complémentaire (OC).

Les OC prenaient ainsi en charge l'ensemble des contrats d'ACS ainsi qu'une partie des contrats CMU. Les montants de prestations versées par les OC au titre de la CMU et de l'ACS étaient enregistrés de manière similaire au reste des prestations dans leurs comptes techniques. Les comptes de la santé s'appuyaient sur ces données pour déterminer le montant des prestations versées par les OC, y compris au titre de la CMU et de l'ACS.

La bascule vers le dispositif CSS a modifié la nature du service fourni par les OC pour la fourniture des prestations aux bénéficiaires. Dans son règlement n° 2015-11 relatif aux comptes des entreprises d'assurance, l'Autorité des normes comptables indique que les OC ne supportent plus directement de risques associés aux contrats CSS (articles 251-1 et 251-2 du règlement ANC n° 2015-11). Pour cette raison, les prestations versées par les OC aux bénéficiaires de la CSS ne sont plus comptabilisées au sein des prestations dans leurs comptes techniques. Ce changement de pratique intervenu pour la première année en 2020 n'avait pas été identifié lors de l'édition 2021 des comptes de la santé.

Pour cette édition des comptes de la santé, le chiffrage des dépenses de la CMU/CSS a été repris et deux modifications ont été apportées :

- Ajout des dépenses de la CSS gérée par les OC en 2020 et 2021 ;
- Correction des dépenses de la CMU/CSS gérée par les régimes autres que le régime général, qui n'étaient pas correctement prises en compte.

Dans les deux cas, ces nouvelles dépenses ont été financées par le fond CMU/CSS. Le financement est ainsi assuré par l'État jusqu'en 2020, par la Sécurité sociale à partir de l'année 2021.

Tableau 6 Bilan des révisions des dépenses de la CMU/CSS entre 2011 et 2021*En millions d'euros*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ajout de la CSS géré par les organismes complémentaires										338	624
Ajout de la CMU et CMU-C gérés par les autres régimes	93	100	108	119	128	140	147	51	43	51	55
Total	93	100	108	119	128	140	147	51	43	389	679

Source > DREES, comptes de la santé.

4) Synthèse des révisions

Tableau 7 Synthèse des révisions par poste pour l'année 2020*En millions d'euros*

	Montants publiés pour l'année 2020		Écart	
	Dans l'édition 2022	Dans l'édition 2021	En millions d'euros	En %
Hôpitaux publics	79 746	78 664	1 082	1,4
Cliniques privées	23 272	21 872	1 400	6,4
Médecins généralistes	10 233	9 499	734	7,7
Médecins spécialistes	12 755	11 673	1 082	9,3
Sages-femmes	446	417	29	7,1
Dentistes	11 379	10 892	487	4,5
Infirmiers	8 982	11 335	-2 353	-20,8
Masseurs-kinésithérapeutes	5 534	5 687	-154	-2,7
Orthophonistes	962	1 018	-56	-5,5
Orthoptistes	230	277	-47	-16,8
Pédicures	45	42	3	6,1
Cures thermales	136	169	-32	-19,1
Laboratoires	4 455	6 203	-1 747	-28,2
Médicaments	29 817	30 201	-384	-1,3
Biens médicaux	17 446	16 694	752	4,5
Transports médicaux	4 741	4 584	157	3,4
CSBM	210 179	209 228	952	0,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Globalement, le montant de la CSBM est rehaussé de 952 millions d'euros en 2020 (+0,5 %) entre les deux éditions 2021 et 2022.

Tableau 8 Synthèse de l'impact des révisions sur la CSBM de 2020 entre l'édition 2021 et 2022, par source de révision

En millions d'euros

	Révision de la CSBM de 2020
Consolidation des données provisoires	-338
Hôpital	-459
Consolidation des données provisoires (provision 2020 vs exercice précédent 2021)	121
Modification du champ	1 436
Ajout des subventions	5 198
Ajout des masques	2 493
Retrait des soins de longue durée	-3 555
Retrait des dépenses de prévention	-2 700
Modification méthodologiques	-146
Retrait des actes non pris en charge pour les orthophonistes et les orthoptistes	-166
Autres révisions	20
Ensemble des révisions	952

Source > DREES, comptes de la santé.

La majeure partie de la révision de la CSBM de 2019 s'explique par les modifications de champs (+1 436 millions d'euros). Les autres types de révisions sont d'ampleur limitée.

L'édition 2022 des comptes de la santé rehausse l'évolution de la CSBM en valeur en 2020 de 1,2 point : dans l'édition 2021, la CSBM augmentait de 0,4 % en 2020; dans la présente édition, cette croissance a été revue à +1,6 %.

Tableau 9 Révision des dépenses de santé entre l'édition 2021 et l'édition 2022, par financeur

En millions d'euros et en point de pourcentage

	En millions d'euros			En point de pourcentage		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Sécurité sociale	-1 223	-1 216	349	0,0	0,0	-0,2
État	35	26	438	0,0	0,0	0,2
Organismes complémentaires	-55	-57	-62	0,1	0,1	-0,1
Ménages	-206	-222	226	0,0	-0,1	0,1
CSBM	-1 449	-1 469	952	so	so	so

Lecture > Dans l'édition 2022 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 952 millions d'euros pour l'année 2020. Les dépenses de santé prises en charge par les ménages ont été révisées à la hausse de 226 millions d'euros. Dans l'édition 2022, la part des dépenses à la charge des ménages représente 6,6 % de la CSBM contre 6,5 % dans la précédente édition, soit une révision de +0,1 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions des dépenses de la CSS rehaussent le niveau des dépenses prises en charge l'État en 2020. Le reclassement des dépenses de vaccins en pharmacie et la correction des estimations sur les actes hors nomenclatures pour les orthophonistes et les orthoptistes diminuent le niveau de financement des ménages. Ces révisions à la baisse sont compensées en 2020 par l'ajout des achats directs de masques par les ménages.

5) Révisions des indices de prix

a) Les refontes méthodologiques

Les calculs des séries d'indices de prix des cliniques privées et des laboratoires de biologie médicale ont été révisés pour cette édition des comptes de la santé.

Tableau 10 Révisions des indices de prix des cliniques privées et des laboratoires de biologie médicale entre 2011 et 2020

En %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cliniques privées										
publié dans l'édition 2021	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-1,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7
publié dans l'édition 2022	0,2	-0,2	-0,4	-0,6	-1,4	-1,7	-1,8	-1,7	0,2	9,3
Écart en point	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,3	-0,4	-0,5	-0,8	0,3	10,0
Laboratoires de biologie médicale										
publié dans l'édition 2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9	0,9	-0,6	-1,1
publié dans l'édition 2022	-2,2	-4,6	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6
Écart en points	-2,2	-4,6	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-0,7	-5,1	-0,5	0,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Le calcul de l'indice pour les cliniques privées mobilise pour cette édition des comptes des données de la CNAM sur l'évolution des volumes et des tarifs par secteur activité (MCO, PSY, SSR, médicament en sus, etc.). L'indice de prix global des cliniques privées est maintenant calculé par agrégation des indices de prix élémentaires par secteur pondérés par la valeur de chaque secteur dans l'ensemble.

Pour les laboratoires de biologie médicale, l'indice de prix entre 2010 et 2019 a été recalculé en utilisant les évolutions de prix des principaux actes de biologie médicale. À partir de l'année 2020, l'indice de prix calculé par l'Insee reprend une méthodologie similaire et les comptes de la santé s'appuient dorénavant sur cet indice de prix. Auparavant, l'indice de prix des laboratoires de biologie médicale ne prenait en compte que l'évolution de la valeur de la lettre clé des actes de biologie.

b) Les révisions du calcul des indices de prix suite aux évolutions de champ

Les révisions intervenues sur le périmètre de la CSBM pour l'édition 2022 se répercutent aussi sur les indices de prix. Seuls les indices de prix de l'année 2020 sont modifiés de façon substantielle à ce titre.

Les mesures de soutien des revenus (garantie de financement pour les cliniques privées et dispositif d'indemnisation de la perte d'activité pour les praticiens libéraux) sont considérées comme un pur effet prix, ce qui rehausse les indices de prix concernés.

L'ajout des masques dans les biens médicaux modifie considérablement l'indice de prix des matériels, aliments et pansements, car le prix des masques a beaucoup augmenté en 2020.

Enfin, un effet qualité spécifique a été introduit sur l'année 2020 s'agissant des soins hospitaliers publics pour les patients atteints de Covid-19. Cet effet qualité, considéré comme du volume de soins, réduit de 1,0 point l'indice de prix des soins hospitaliers publics par rapport à l'estimation publiée l'an passé.

Tableau 11 Révisions des indices de prix par secteur entre 2019 et 2020

En %

	Montants publiés pour l'année 2019		Montants publiés pour l'année 2020		
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	Écart en point
1-Soins hospitaliers	1,5	1,5	12,7	14,5	1,8
Hôpitaux du secteur public	2,0	1,9	17,1	16,1	-1,0
Hôpitaux du secteur privé	-0,1	0,2	-0,7	9,3	10,0
2-Soins ambulatoires	-1,2	-1,2	-1,9	-0,1	1,8
• Soins de ville	0,0	-0,1	0,2	2,4	2,2
Médecins généralistes	0,0	0,0	0,2	1,7	1,5
Médecins spécialistes	1,0	1,0	0,8	4,6	3,8
Sages-femmes	0,4	0,4	0,5	1,3	0,8
Soins d'auxiliaires médicaux	0,0	0,0	0,0	2,3	2,3
Soins de dentistes	-0,9	-0,9	0,9	3,1	2,2
Laboratoires de biologie médicale	-0,6	-1,1	-1,1	-0,6	0,5
Cures thermales	0,5	0,5	1,0	1,2	0,2
• Médicaments en ambulatoire	-4,6	-4,5	-7,0	-6,8	0,2
• Autres biens médicaux	0,3	0,3	0,2	3,5	3,3
Optique	0,6	0,6	0,6	0,6	0,0
Orthèses et prothèses externes, VHP*	0,4	0,4	-0,1	-0,1	0,0
Audioprothèses	-0,3	-0,3	-1,3	-1,3	0,0
Matériels, aliments et pansements	0,3	0,3	0,1	7,8	7,7
• Transports sanitaires	1,3	1,3	0,5	3,4	2,9
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	0,0	0,0	4,6	6,5	1,9

VHP : véhicules pour personnes handicapées.

Source > DREES, comptes de la santé.

Au final, la présente édition rehausse l'évolution du prix de la CSBM en 2020 de 1,9 point : dans l'édition précédente, le prix de la CSBM augmentait de 4,6 % en 2020, contre +6,5 % après révisions.

Les révisions de la CSBM en valeur et en prix se soldent sur la CSBM en valeur. L'évolution pour 2020 est rehaussée de 1,2 point en valeur et de 1,9 point en prix; l'évolution en volume est abaissée de 0,6 point, de -4,0 % -4,6 % : l'ampleur de la baisse de la CSBM en 2020 est amplifiée.

Révisions de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

Les révisions de la CSBM s'appliquent également à la DCSi. L'agrégat prenant en compte davantage de dépenses de santé, d'autres modifications méthodologiques s'appliquent uniquement à la DCSi.

Tableau 12 Bilan des révisions de la DCSi par fonction en 2020

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2020		Révision	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	En niveau	En %
HC.1+HC.2 - Soins courants	145 321	149 175	3 855	2,7
HC. 4 - Services auxiliaires	13 508	11 895	-1 613	-11,9
HC.5 - Biens médicaux	46 895	49 109	2 214	4,7
HC.3 - Soins de longue durée	46 210	46 362	152	0,3
HC.6 - Prévention	10 199	8 591	-1 608	-15,8
HC.7 - Gouvernance	22 372	15 151	-7 221	-32,3
DCSi	284 504	280 283	-4 221	-1,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions apportées à la DCSi entre les deux publications abaissent son montant de 4,2 milliards d'euros en 2020.

Tableau 13 Synthèse des révisions sur la DCSi pour l'année 2020 entre les éditions 2021 et 2022, par source de révision

	Révision de la DCSi 2020
Révision de la CSBM hors modification de champ	-480
Consolidation des données de l'ANSP	-2 500
Retrait des subventions du FIR	-710
Révisions du calcul des frais de gestion pour les versements des indemnités journalières	-380
Ajout des dépenses d'État pour la mise en place des outils de suivi des cas contacts	600
Consolidation données provisoires (partie DCSi hors CSBM)	-250
Autres révisions	-500
Ensemble des révisions de la DCSi	-4 220

Sources > DREES, comptes de la santé.

Les modifications de champ apportées à la CSBM sont neutres sur la DCSi : il s'agit de reclassements d'un compte à un autre, sans effet sur le total des dépenses. Par exemple, les subventions étaient considérées dans l'édition précédente comme des dépenses de gouvernance (HC.7), elles sont considérées dans cette édition comme des soins courants (HC.1).

Les données de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) ont été révisées entre les deux éditions (-2,5 milliards d'euros). Faute de données disponible, les comptes de la santé avaient classé l'ensemble de la dotation de l'Assurance maladie à l'ANSP en dépenses de santé. L'analyse du bilan comptable définitif de l'ANSP montre qu'une partie des crédits n'ont pas été consommés (0,9 milliard d'euros en 2020) et qu'une partie des achats ont été stockés (1,6 milliard d'euros). Cette correction conduit à réviser à la baisse les dépenses prises en compte dans la DCSi.

Une partie des dépenses du FIR était comptabilisée à tort en dépense de santé lors de l'édition 2021. Cette fraction du FIR était intégrée dans un autre agrégat calculé par les comptes de la santé (la dépense courante de santé, DCS), mais n'était pas ajoutée dans le calcul de la DCSi. Cette dépense a été retirée pour cette édition des comptes.

Le calcul de la série des frais de gestion a été harmonisé avec les concepts en vigueur pour l'envoi des données pour les comparaisons internationales. À titre d'exemple en 2021, les indemnités journalières versées par les régimes de base représentent 5,3 % de l'ensemble des prestations versées ; les prestations maladie en constituent les 94,7 % restant. Conventionnellement, les comptes de la santé considèrent alors que 5,3 % des frais de gestion des régimes de base sont dédiés aux indemnités journalières et les 94,7 % restants sont affectés aux prestations maladie. Cette méthode de calcul était déjà mise en place pour l'envoi de données au niveau international, elle est maintenant reprise pour le calcul de la série des coûts de gestion au niveau français.

Les dépenses d'urgence de l'État pour la mise en place de la plateforme téléphonique de suivi des cas contacts n'avaient pas été prises en compte dans l'édition précédente pour le calcul de la DCSi. Ces dépenses ont été ajoutées au champ de la DCSi pour cette année.

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 :

$$val(i, t) = vol(i, t) \times prix(i, t)$$

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) :

$$I^{val}(i, t) = I^{vol}(i, t) \times I^p(i, t)$$

$$\text{avec } I^{val}(i, t) = \frac{val(i, t)}{val(i, t-1)}, I^{vol}(i, t) = \frac{vol(i, t)}{vol(i, t-1)} \text{ et } I^p(i, t) = \frac{prix(i, t)}{prix(i, t-1)}$$

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 indicesNotations :

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 :

$$Val(t) = \sum_i val(i, t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t)$$

L'indice d'évolution de la valeur globale du panier dépend des prix et des quantités des années t et $t-1$:

$$\frac{Val(t)}{Val(t-1)} = \frac{\sum_i val(i, t)}{\sum_i val(i, t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}$$

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 :

$$Vol(t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)$$

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 :

$$\frac{Vol(t)}{Vol(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{val(i, t-1)}{Val(t-1)} \right) \times \frac{q(i, t)}{q(i, t-1)} \right]$$

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 :

$$\begin{aligned} \frac{P(t)}{P(t-1)} &= \frac{Val(t) / Vol(t)}{Val(t-1) / Vol(t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} \times \frac{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \end{aligned}$$

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 marchands¹. 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).

En 2021, la méthode de calcul du volume de soins pour la MCO a été révisée. Le nombre de journées des séjours incluant des suppléments (typiquement, les séjours de réanimation pour les malades du Covid-19) fait l'objet d'un calcul de volume à part des autres journées d'hospitalisation sans suppléments.

¹ Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

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 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)¹.

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 coté 1,5 AMI. Le coût du prélèvement est donc 3,98 euros ($1,5 \times 2,65$ 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.

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).

¹ 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 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 biens médicaux

Le prix des biens médicaux est également calculé à partir de quatre indices transmis par la division des prix à la consommation (IPC) de l'Insee :

- l'optique médicale
- les audioprothèses
- les autres appareils et matériels thérapeutiques
- les produits médicaux divers

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense pour calculer un indice global.

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
DIPA : Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité
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
SPF : Santé Publique France
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

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 dénombant 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) : Indemnité versée aux praticiens libéraux par l'Assurance maladie afin de compenser la baisse d'activité provoquée par les restrictions sanitaires mises en œuvre pour lutter contre l'épidémie de Covid-19.

Dotations 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.

Enfance inadaptée : ensemble des enfants éprouvant des difficultés à s'intégrer au milieu familial ou scolaire, et à ce titre, faisant l'objet d'une politique qui vise à leur réinsertion dans un cadre normal par des traitements adaptés à leur cas particulier.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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.

Garantie de financement : Indemnité versée par l'Assurance maladie aux cliniques privées afin d'assurer un niveau de financement au moins équivalent à celui observé avant la crise épidémique. Ce dispositif, mis en place en 2020, a été reconduit une seconde fois pour l'année 2021.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 nettes 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 Slovaquie. 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 1^{er} 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 1^{er} 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 » audiology : 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 1^{er} avril 2019, tandis que les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont plafonnés.
- « 100 % santé » optique : dès le 1^{er} 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'exécution (à l'hôpital, en clinique privée ou en officine de ville). Voir annexe 3 pour plus de détail.

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 renouvelée 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.

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.

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 ».

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.

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Soins de longue durée : Les soins de longue durée sont constitués 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.

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.

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.



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé
au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés



Tableaux détaillés

Les dépenses de santé depuis 2012

Tableau 1 CSBM en valeur

En millions d'euros

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1-Soins hospitaliers	84 723	86 903	89 145	90 532	92 364	93 893	95 242	97 142	103 018	109 395
Hôpitaux du secteur public	64 853	66 795	68 481	69 629	70 965	72 121	73 026	74 405	79 746	84 057
Hôpitaux du secteur privé	19 870	20 108	20 664	20 903	21 398	21 773	22 216	22 737	23 272	25 338
2-Soins ambulatoires	97 183	98 437	100 877	102 441	104 500	106 095	107 532	109 760	107 161	117 301
• Soins de ville	47 865	48 993	50 320	51 491	53 005	54 158	55 289	57 016	55 158	61 312
Soins de médecins et de sages-femmes	20 630	20 854	21 418	21 924	22 494	22 913	23 378	23 934	23 435	24 915
- Médecins généralistes	9 535	9 566	9 786	9 917	10 171	10 232	10 418	10 521	10 233	10 526
- Médecins spécialistes	10 892	11 055	11 372	11 715	12 006	12 339	12 591	12 995	12 755	13 878
- Sages-femmes	204	233	260	292	317	341	370	419	446	511
Soins d'auxiliaires médicaux	11 583	12 371	13 076	13 798	14 283	14 692	15 239	15 928	15 753	17 344
- Infirmiers	5 884	6 309	6 715	7 177	7 429	7 656	7 963	8 312	8 982	9 256
- Masseurs-kinésithérapeutes	4 724	5 017	5 266	5 477	5 665	5 810	5 975	6 210	5 534	6 587
- Orthophonistes	850	906	947	987	1 023	1 052	1 078	1 131	962	1 140
Orthoptistes	107	117	122	128	133	138	181	228	230	307
Pédicure	19	22	26	29	33	37	42	46	45	55
Soins de dentistes	11 029	11 113	11 173	11 102	11 453	11 707	11 871	12 240	11 379	13 940
Laboratoires d'analyses	4 276	4 296	4 270	4 279	4 372	4 433	4 390	4 516	4 455	4 878
Cures thermales	347	359	383	389	404	413	410	398	136	235
• Transports sanitaires	4 072	4 287	4 410	4 606	4 791	4 986	5 099	5 059	4 741	5 580
• Médicaments en ambulatoire	32 122	31 544	31 952	31 588	31 383	31 356	30 868	30 646	29 817	31 138
Médicaments remboursables	29 111	28 666	29 162	28 747	28 576	28 610	28 057	28 072	27 503	28 783
Médicaments non remboursables	3 011	2 877	2 790	2 841	2 806	2 746	2 810	2 573	2 314	2 355
• Biens médicaux	13 125	13 613	14 194	14 756	15 321	15 595	16 277	17 040	17 446	19 272
Optique	5 916	5 971	6 030	6 146	6 181	6 091	6 362	6 792	6 185	7 159
Prothèses auditives	830	865	925	1 010	1 081	1 158	1 254	1 257	1 263	2 021
Orthèses et prothèses externes	1 378	1 455	1 565	1 640	1 729	1 796	1 856	1 934	1 826	2 084
VHP*	162	168	176	181	188	198	212	237	223	257
Matériels, aliments et pansements	4 840	5 155	5 499	5 780	6 141	6 350	6 593	6 820	7 950	7 751
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	181 907	185 340	190 022	192 973	196 863	199 989	202 774	206 903	210 179	226 696

* Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution annuelle de la CSBM en valeur

En %

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1-Soins hospitaliers	2,6	2,6	2,6	1,6	2,0	1,7	1,4	2,0	6,0	6,2
Hôpitaux du secteur public	2,7	3,0	2,5	1,7	1,9	1,6	1,3	1,9	7,2	5,4
Hôpitaux du secteur privé	2,1	1,2	2,8	1,2	2,4	1,7	2,0	2,3	2,4	8,9
2-Soins ambulatoires	1,8	1,3	2,5	1,6	2,0	1,5	1,4	2,1	-2,4	9,5
• Soins de ville	2,6	2,4	2,7	2,3	2,9	2,2	2,1	3,1	-3,3	11,2
Soins de médecins et de sages-femmes	1,0	1,1	2,7	2,4	2,6	1,9	2,0	2,4	-2,1	6,3
- Médecins généralistes	0,7	0,3	2,3	1,3	2,6	0,6	1,8	1,0	-2,7	2,9
- Médecins spécialistes	1,0	1,5	2,9	3,0	2,5	2,8	2,0	3,2	-1,8	8,8
- Sages-femmes	9,3	14,5	11,6	12,1	8,6	7,8	8,3	13,2	6,6	14,4
Soins d'auxiliaires médicaux	7,8	6,8	5,7	5,5	3,5	2,9	3,7	4,5	-1,1	10,1
- Infirmiers	9,0	7,2	6,4	6,9	3,5	3,1	4,0	4,4	8,1	3,0
- Masseurs-kinésithérapeutes	6,7	6,2	5,0	4,0	3,4	2,5	2,8	3,9	-10,9	19,0
- Orthophonistes	6,0	6,7	4,5	4,1	3,7	2,9	2,5	4,9	-14,9	18,4
- Orthoptistes	5,2	9,2	5,0	4,5	4,0	3,7	31,1	26,1	1,0	33,4
- Pédicure	12,7	15,9	19,6	14,2	11,8	12,2	13,2	11,1	-3,4	22,6
Soins de dentistes	2,0	0,8	0,5	-0,6	3,2	2,2	1,4	3,1	-7,0	22,5
Laboratoires d'analyses	-1,1	0,4	-0,6	0,2	2,2	1,4	-1,0	2,9	-1,4	9,5
Cures thermales	6,3	3,6	6,6	1,4	4,0	2,2	-0,6	-3,0	-65,8	72,3
• Transports sanitaires	5,9	5,3	2,9	4,4	4,0	4,1	2,3	-0,8	-6,3	17,7
• Médicaments en ambulatoire	-0,8	-1,8	1,3	-1,1	-0,6	-0,1	-1,6	-0,7	-2,7	4,4
Médicaments remboursables	-1,2	-1,5	1,7	-1,4	-0,6	0,1	-1,9	0,1	-2,0	4,7
Médicaments non remboursables	3,6	-4,4	-3,0	1,8	-1,2	-2,1	2,3	-8,4	-10,1	1,8
• Biens médicaux	4,5	3,7	4,3	4,0	3,8	1,8	4,4	4,7	2,4	10,5
Optique	3,9	0,9	1,0	1,9	0,6	-1,4	4,4	6,8	-8,9	15,8
Prothèses auditives	0,9	4,2	7,0	9,2	7,1	7,1	8,3	0,2	0,5	60,0
Orthèses et prothèses externes	5,7	5,6	7,5	4,8	5,5	3,9	3,3	4,2	-5,6	14,2
VHP*	1,7	3,4	4,9	3,1	3,9	5,5	7,0	11,8	-6,1	15,3
Matériels, aliments et pansements	5,7	6,5	6,7	5,1	6,3	3,4	3,8	3,4	16,6	-2,5
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	2,2	1,9	2,5	1,6	2,0	1,6	1,4	2,0	1,6	7,9

* Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Évolution annuelle des indices de prix de la CSBM

En %

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1-Soins hospitaliers	0,2	1,3	0,3	-0,6	-0,3	0,5	0,2	1,5	14,5	2,8
Hôpitaux du secteur public	0,3	1,7	0,6	-0,4	0,1	1,2	0,8	1,9	16,1	3,2
Hôpitaux du secteur privé	-0,2	-0,4	-0,6	-1,4	-1,7	-1,8	-1,7	0,2	9,3	1,5
2-Soins ambulatoires	-0,8	-1,2	-1,4	-1,1	-1,2	-0,4	-0,9	-1,2	-0,1	-3,6
• Soins de ville	0,4	0,6	0,2	0,3	0,2	1,2	0,8	-0,1	2,4	-1,9
Médecins généralistes	0,5	0,1	0,2	0,5	0,2	4,9	2,9	0,0	1,7	-1,2
Médecins spécialistes	0,5	0,1	0,2	0,5	0,4	1,4	1,9	1,0	4,6	-2,2
Sages-femmes	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5	2,0	0,4	1,3	-0,3
Soins d'auxiliaires médicaux	2,6	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	-1,8
Soins de dentistes	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,5	0,7	-0,9	3,1	-2,5
Laboratoires d'analyses	-4,6	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6	-3,6
Cures thermales (forfait soins)	2,4	1,6	1,6	1,1	2,4	1,6	-0,1	0,5	1,2	1,2
• Transports sanitaires	1,5	1,9	1,4	1,3	0,1	0,2	0,7	1,3	3,4	0,3
• Médicaments en ambulatoire	-3,3	-4,8	-4,9	-4,0	-3,9	-3,3	-4,8	-4,5	-6,8	-3,0
Médicaments remboursables	-4,2	-5,3	-4,1	-4,5	-3,6	-3,2	-3,7	-4,1	-4,5	-2,2
Médicaments non remboursables	5,8	4,2	0,6	0,8	0,5	2,5	-0,6	-4,7	0,2	1,5
• Biens médicaux	0,3	0,4	0,5	-0,3	-0,4	-0,1	0,7	0,3	3,5	-10,2
Optique	0,8	0,5	0,8	-0,3	-0,6	0,1	1,2	0,6	0,6	0,5
Prothèses auditives	0,5	0,6	-0,1	-0,2	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3	-2,9
Orthèses et prothèses externes	-2,4	-0,7	0,0	-0,2	-0,1	-0,3	0,1	0,4	-0,1	0,1
VHP*	0,0	0,1	0,2	-0,2	1,5	-0,1	0,0	0,1	-0,3	0,3
Matériels, aliments et pansements	0,4	0,4	0,4	-0,3	-0,3	-0,1	0,5	0,3	7,8	-22,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	-0,3	0,0	-0,6	-0,9	-0,8	0,0	-0,4	0,0	6,5	-0,6

* Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 DCSi en valeur*En millions d'euros*

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
HC.1+HC.2 - Soins courants	128 081	131 762	134 186	137 332	139 801	142 338	145 894	149 175	162 062
HC.3 - Soins de longue durée	36 346	37 659	38 423	39 265	40 398	41 378	42 723	46 362	48 770
HC.4 - Services auxiliaires	10 809	10 972	11 253	11 686	12 081	12 231	12 361	11 895	13 564
HC.5 - Bien médicaux	46 451	47 288	47 534	47 845	48 107	48 205	48 648	49 109	51 070
HC.6 - Prévention institutionnelle	5 162	5 456	5 381	5 089	5 293	5 443	5 523	8 591	16 917
HC.7 - Gouvernance	14 437	14 946	14 914	15 058	15 173	15 294	15 164	15 151	15 401
Total DCSi	241 286	248 083	251 692	256 277	260 853	264 888	270 312	280 283	307 785

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2021

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2022

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2020 - édition 2022* retrace de manière détaillée les dépenses de santé en France en 2021. L'évolution de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), qui s'élève à 307,8 milliards d'euros en 2021, accélère avec la crise sanitaire (+9,8 % en 2021, après +3,7 %), en raison notamment du renforcement de la campagne de dépistage et du démarrage de la campagne de vaccination. Au sein de la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente fortement (+7,9 % en 2021, après +1,6 %) pour atteindre 226,7 milliards d'euros. En effet, après une année 2020 marquée par un ralentissement prononcé, l'activité repart nettement dans les soins de ville et les soins hospitaliers. Les dépenses de bien médicaux progressent également vivement, notamment sous l'effet de la réforme du 100 % santé, qui concerne les prothèses dentaires, les audioprothèses et l'optique médicale.

En 2020, la crise sanitaire a entraîné une recomposition importante de la structure de financement de la CSBM, les principales dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire étant prises en charge par la Sécurité sociale. En 2021, la part financée par la Sécurité sociale reste stable autour de 80 % de la CSBM. Celle des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) augmente de 0,6 point en 2021 pour s'élever à 12,9 %, en lien avec la reprise d'activité et du développement du 100 % santé. La part restant à la charge des ménages augmente de 0,4 point en 2021 pour s'établir à 7,0 %.

Cet ouvrage présente également une comparaison des dépenses de santé au niveau international. En 2021, la France consacre au total 12,3 % de sa richesse nationale à la santé, au-dessus des autres pays de l'Union européenne des 15 (UE-15). Au sein de l'OCDE, elle fait partie des pays où la participation des ménages au financement de la santé est la plus faible.

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