

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2022

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2023

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

Les dépenses de santé en 2022

Résultats des comptes
de la santé



ÉDITION 2023

Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Franck Arnaud et Geoffrey Lefebvre**

Coordination de l'ouvrage

Thomas Renaud (partie France), Lisa Troy (partie internationale)

Production des comptes France

Khadija Jabri, Anne-Sophie Kontopoulos, Thomas Renaud
avec Vincent Reduron et Cyril de Williencourt

Rédaction

Théodore Bérut, Clément Delecourt, Lauren Delort, Khadija Jabri, Anne-Sophie Kontopoulos,
Geoffrey Lefebvre, Édouard Maugendre, Vincent Reduron, Thomas Renaud, Lisa Troy,
Cyril de Williencourt

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

Élisabeth Castaing

Maquettage

Théodore Bérut et Khadija Jabri

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), la fédération des laboratoires pharmaceutiques du premier recours (NèreS) et OpenHealth Company.

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 ainsi que 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 au sein des 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 2022 et de quatre 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). Le troisième présente quelques indicateurs complémentaires sur le champ des dépenses de santé. 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 2022 – Édition 2023

Vue d'ensemble	8
-----------------------	----------

La CSBM et son financement	21
-----------------------------------	-----------

La consommation de soins et de biens médicaux

Fiche 01 • La consommation de soins et de biens médicaux	24
Fiche 02 • La CSBM depuis 1950	29
Fiche 03 • Les nouvelles mesures mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire	32

Les soins hospitaliers

Fiche 04 • Les soins hospitaliers	38
Fiche 05 • Le secteur hospitalier	45

Les soins ambulatoires

Fiche 06 • Les soins de médecins généralistes et spécialistes	54
Fiche 07 • Les soins de sages-femmes	62
Fiche 08 • Les soins infirmiers	65
Fiche 09 • Les soins des auxiliaires médicaux hors infirmiers	70
Fiche 10 • Les soins de dentistes	75
Fiche 11 • Les transports sanitaires	80
Fiche 12 • Les laboratoires de biologie médicale	84

Les biens médicaux

Fiche 13 • Les médicaments en ambulatoire	88
Fiche 14 • La structure des ventes de médicaments en officine	94
Fiche 15 • L'optique médicale	98
Fiche 16 • Les biens médicaux hors optique médicale	100
Fiche 17 • Le 100 % santé	103

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 et l'État	119
Fiche 20 • Le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires	124
Fiche 21 • Le reste à charge des ménages	132
Fiche 22 • La complémentaire santé solidaire	136

La dépense courante de santé au sens international 139

Fiche 23 • La dépense courante de santé au sens international et son financement.....	140
Fiche 24 • Les dépenses de prévention	146
Fiche 25 • Dépense de gouvernance du système de santé	151

Autres indicateurs 157

Fiche 26 • Comparaison CSBM, DCSi et Ondam	158
Fiche 27 • Les indemnités journalières.....	162

Comparaisons internationales 167

Fiche 28 • Comparaisons internationales de la dépense courante de santé en 2021 et 2022	168
Fiche 29 • Systèmes de santé et financement, perspectives internationales.....	174
Fiche 30 • Comparaisons internationales de l'effort des ménages en matière de dépenses de santé	181
Fiche 31 • Comparaisons internationales des médecins et infirmiers.....	187
Fiche 32 • Mortalité évitable, comportements à risque et dépenses de prévention.....	193
Fiche 33 • Comparaisons internationales des dépenses de soins dentaires	202
Fiche 34 • Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	208
Fiche 35 • Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques.....	216
Fiche 36 • Comparaisons internationales des soins de longue durée	225

Annexes 233

Annexe 1 • Les agrégats des comptes de la santé.....	234
Annexe 2 • La méthodologie des comptes de la santé	239
Annexe 3 • Les révisions de l'édition 2022 des comptes de la santé	243
Annexe 4 • Le partage volume/prix dans les comptes de la santé	254
Annexe 5 • Liste des sigles utilisés	266
Annexe 6 • Glossaire.....	269

Tableaux détaillés 279

Les dépenses de santé depuis 2013.....	280
--	-----



Vue d'ensemble



La CSBM et son financement

La dépense courante de santé
au sens international

Autres indicateurs

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2022, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 313,6 milliards d'euros. Elle ralentit fortement (+2,0 % en 2022, après +9,9 %), du fait du reflux progressif de l'épidémie de Covid-19 au cours de l'année, qui abaissent les dépenses dédiées à la crise sanitaire. En particulier, les mesures exceptionnelles de soutien à destination des établissements de santé ont fortement diminué ; les dépenses de vaccination et tests de dépistage ont aussi diminué en 2022, quoique dans une moindre mesure.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) reste dynamique (+3,9 % en 2022) et atteint 235,8 milliards d'euros. Cette hausse s'explique en particulier par le prix des soins hospitaliers et les volumes de ventes de médicaments. Après une forte augmentation en 2021, les dépenses des trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique médicale, audioprothèses et prothèses dentaires) se stabilisent en 2022.

En 2022, la part du financement de la CSBM restant à charge des ménages augmente de 0,1 point, à 7,2 %. Si les secteurs du 100 % santé contribuent de nouveau à la baisse du reste à charge, cet effet est compensé par une hausse du reste à charge dans les soins hospitaliers après deux années durant lesquelles la Sécurité sociale a contribué au financement des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

La dépense courante de santé au sens international ralentit fortement en 2022 avec la baisse des dépenses liées à la crise sanitaire

En 2022, la dépense courante de santé au sens international¹ (DCSi) s'élève à 313,6 milliards d'euros (tableau 1), soit 11,9 % du PIB. Après deux années de forte accélération liée à la crise sanitaire, la DCSi ralentit fortement à +2,0 % en 2022, après +9,9 % en 2021 et +3,4 % en 2020 (graphique 1). Elle retrouve ainsi le rythme de croissance observé avant la crise (+1,9 % en moyenne par an entre 2013 et 2019).

Les dépenses dédiées à la lutte contre le Covid-19 se replient à 8,8 milliards en 2022, après 18,1 milliards en 2021, avec le reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année 2022. Tous les types de dépenses liées à la crise se réduisent, en particulier les dotations exceptionnelles versées aux établissements de santé pour prendre en charge les malades et celles liées à la vaccination. Les dépenses de dépistage du virus diminuent elles aussi, mais elles se maintiennent à un niveau élevé (encadré « Synthèse des dépenses liées à la crise »).

1 La dépense courante de santé au sens international est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales. Sa méthodologie est définie par l'OCDE et Eurostat dans le manuel System of health accounts (SHA).

2 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est l'agrégat historiquement présenté dans la publication annuelle du Panorama sur les comptes de la santé. Cet agrégat est calculé sur un périmètre plus réduit que la DCSi ; il exclut en particulier les soins de longue durée (49,5 milliards d'euros en 2022) et les dé-

En 2022, la croissance de la CSBM est portée aussi bien par une hausse des prix que par une hausse du volume

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), second agrégat des comptes de la santé², ralentit également fortement en 2022, à +3,9 % contre +7,8 % en 2021 et +1,6 % en 2020 (graphique 2).

Entre 2010 et 2019, la croissance de la CSBM s'élevait en moyenne à 2,0 % par an. Elle était intégralement portée par la croissance du volume de la consommation (+2,3 % en moyenne par an sur la période), alors que les prix reculaient légèrement sur la période (-0,3 %).

En 2020, le volume de CSBM diminue de 4,4 % avec le déclenchement de la crise sanitaire : l'activité de certains secteurs de soins de ville s'est quasiment arrêtée lors du premier confinement de mars à mai 2020 et le secteur hospitalier a connu des déprogrammations des soins non urgents. À l'inverse, les prix se sont fortement appréciés (+6,3 %) en 2020, du fait notamment des mesures de soutien exceptionnelles versées par l'Assurance maladie à l'ensemble des secteurs (garantie de financement, dispositif d'indemnisation pour perte d'activité³, primes exceptionnelles versées à l'hôpital public).

penses de prévention (12,7 milliards d'euros) et de gouvernance du système de santé (15,7 milliards d'euros). Il permet une déclinaison des dépenses par secteur plus précise ainsi qu'un partage de la croissance de la consommation entre un effet volume et un effet prix.

3 Dans le cadre central de la comptabilité nationale, la garantie de financement et le dispositif d'indemnisation pour perte d'activité ne sont pas comptabilisés comme de la consommation de santé mais comme des subventions sur la production (opération D39).


Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et dépense courante de santé au sens international (DCSi) par poste

Montants en milliards d'euros

	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	Contribution à la croissance de la CSBM (en pp)
Soins hospitaliers	97,2	103,3	110,2	114,9	4,3	2,1
Hôpitaux du secteur public	74,5	79,8	84,9	88,7	4,5	1,7
Hôpitaux du secteur privé	22,7	23,5	25,2	26,2	3,6	0,4
Soins ambulatoires	109,9	107,2	116,8	120,9	3,6	1,8
Soins de ville¹	56,6	54,8	60,3	62,2	3,1	0,8
Soins de médecins et de sages-femmes	23,7	23,0	24,6	25,6	4,1	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	15,9	15,7	17,3	17,8	3,0	0,2
Soins de dentistes	12,0	11,4	13,5	13,8	2,6	0,2
Laboratoires d'analyses	4,5	4,5	4,7	4,6	-1,6	0,0
Cures thermales	0,4	0,1	0,2	0,3	34,7	0,0
Médicaments	30,7	29,8	31,1	32,8	5,3	0,7
Biens médicaux²	17,6	17,8	19,8	20,0	1,0	0,1
Transports sanitaires	5,1	4,7	5,6	6,0	7,7	0,2
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	207,1	210,4	226,9	235,8	3,9	3,9
<i>Part en % du PIB</i>	8,5	9,1	9,1	8,9		
Dépenses hors CSBM	63,4	69,4	80,6	77,8	-3,5	
Soins de longue durée	42,7	45,5	47,7	49,5	3,8	
Soins de prévention	5,5	8,7	17,5	12,7	-27,9	
Gouvernance	15,2	15,2	15,4	15,7	1,7	
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	270,6	279,8	307,6	313,6	2,0	
<i>Part en % du PIB</i>	11,1	12,1	12,3	11,9		

pp : point de pourcentage.

1. Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en clinique privée, 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.

2. Optique, orthèses, prothèses, audioprothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques (VHP), aliments diététiques, masques FFP2 et chirurgicaux, matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

L'année 2021 est marquée par un fort rebond de l'activité, du fait de la levée des mesures de restriction sanitaire. Cela se traduit par la plus forte croissance de la CSBM en volume observée depuis trente ans (+8,1 %). Le prix de la CSBM ne se replie que légèrement (-0,3 %), car le dynamisme du prix des soins hospitaliers publics atténue le contrecoup lié à la fin des mesures exceptionnelles de soutien à destination des soins de ville.

En 2022, la croissance de la CSBM est portée à la fois par les volumes (+1,8 %) qui augmentent à un rythme proche de celui antérieur à la crise sanitaire, et par les prix (+2,1 %). Néanmoins, cette augmentation des prix demeure inférieure à l'inflation enregistrée dans l'ensemble de l'économie en 2022. Le poids de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) diminue ainsi de 0,1 point en 2022, passant de 9,1 % à 8,9 % du PIB (tableau 1). Cela s'explique notamment par la forte accélération du PIB en 2022 (+5,5 % en valeur). Malgré cette baisse, la part des

dépenses de santé dans le PIB reste légèrement plus élevée qu'avant la crise.

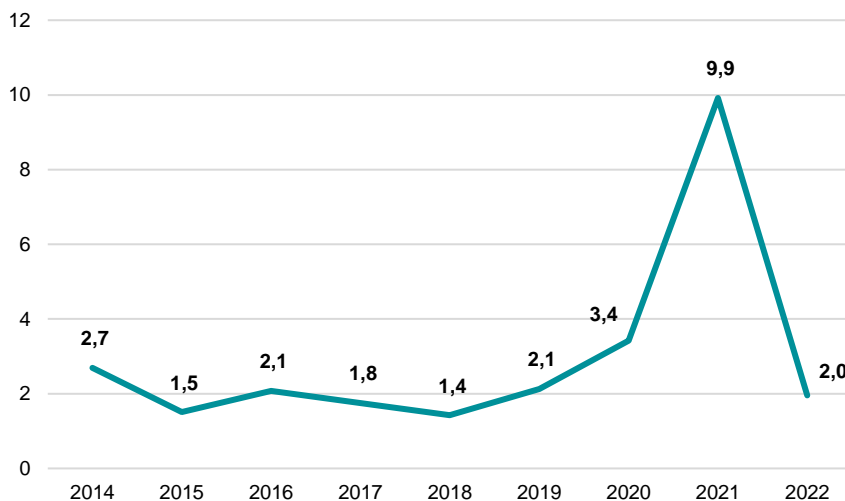
Les soins hospitaliers demeurent le premier facteur de croissance de la CSBM en valeur

En 2022, l'ensemble des composantes de la CSBM contribuent à sa hausse en valeur. Les soins hospitaliers, portés par une forte hausse de prix dans l'hôpital public, contribuent à plus de la moitié de la croissance de la CSBM en valeur (+2,1 points) [tableau 1]. Portés notamment par les soins de médecins et de sages-femmes, les soins de ville constituent le second contributeur à la croissance de la CSBM (+0,8 point), devant la consommation de médicaments en ambulatoire (+0,7 point).

Après avoir contribué significativement en 2021, les biens médicaux ralentissent en 2022 (contribution de +0,1 point en 2022). Enfin, les transports sanitaires augmentent de nouveau fortement en 2022.

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

En %

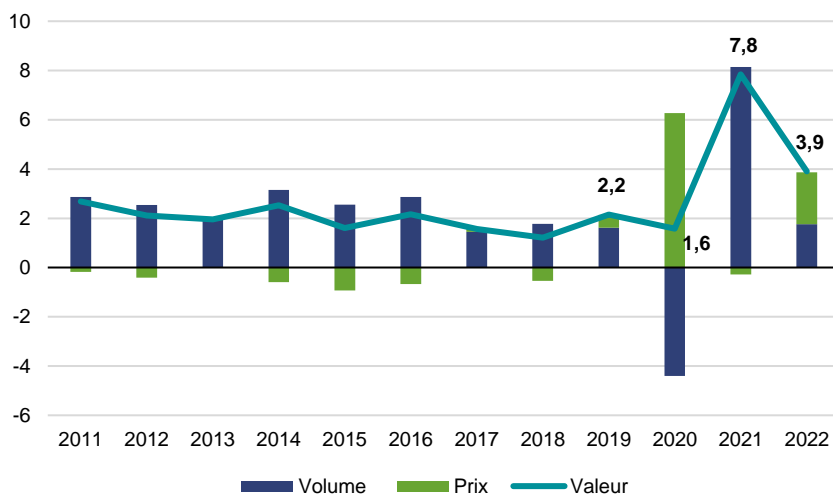


Lecture > La DCSi augmente de 2,0 % en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur, en volume et en prix

En %



Lecture > En 2022, la CSBM augmente de 3,9 % en valeur. Cette évolution est portée par une hausse des prix de 2,1 % et une hausse du volume de 1,8 %.

Source > DREES, comptes de la santé.



Le volume de soins hospitaliers reste inférieur à son niveau d'avant crise, tandis que son prix augmente fortement

La consommation de soins hospitaliers (publics et privés) augmente fortement en valeur pour la troisième année consécutive (+4,3 % en 2022 après +6,7 % en 2021 et +6,2 % en 2020). En 2020 et 2021, cette accélération s'explique par la hausse des rémunérations des personnels et par les surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19. Les coûts de fonctionnement de l'hôpital public ont fortement progressé (primes exceptionnelles puis début des mesures de revalorisation pérennes, consommation de masques, etc.).

Les cliniques privées, quant à elles, ont bénéficié de la garantie de financement destinée à assurer un niveau de revenus au moins équivalent à celui de 2019 : 1,1 milliard d'euros sont versés à ce titre en 2020. Ce dispositif a ensuite été reconduit en 2021 et en 2022 (0,5 milliard d'euros chaque année). Les surcoûts liés à la crise sanitaire pour les établissements de santé se sont réduits en 2022 à 1,9 milliard, contre 5,2 milliards en 2021 et 7,8 milliards d'euros en 2020 (*encadré « Synthèse des dépenses liées à la crise »*). Au sein de l'hôpital public, cette baisse des dépenses de crise est atténuée en 2022 par la hausse des salaires, du fait de la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique et des

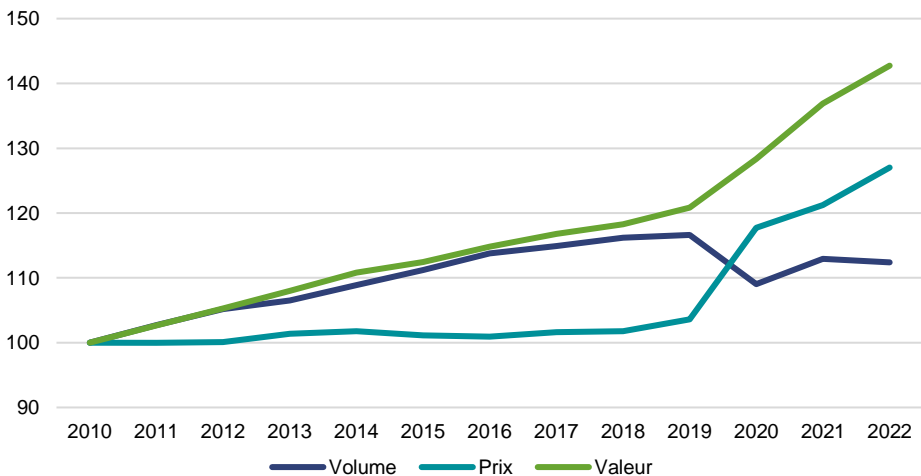
mesures exceptionnelles de soutien à l'attractivité dans le secteur public (mission « flash » sur les urgences, revalorisation des gardes et astreintes). Ces différentes mesures contribuent à l'augmentation soutenue des prix des soins hospitaliers ; leur hausse atteint 23 % entre 2019 et 2022, alors qu'ils ont été globalement stables depuis 2010 (*graphique 3*).

Si les prix des soins hospitaliers se sont fortement accrus depuis 2019, l'activité mesurée en volume se réduit à nouveau en 2022. Elle reste inférieure au niveau atteint avant la crise liée au Covid-19 (-3,6 % par rapport à 2019). La baisse d'activité en 2020 s'explique principalement par une diminution du taux de recours à l'hospitalisation publique et privée, en raison notamment des déprogrammations des soins non urgents durant la crise sanitaire. En 2021, ce taux de recours global était revenu à son niveau antérieur, mais le transfert d'une partie de l'activité en hospitalisation complète vers l'ambulatoire jouait à la baisse sur l'activité.

En 2022, les séjours pour Covid-19 graves sont moindres que ceux des années précédentes. Plus généralement, l'évolution de la structure des séjours hospitaliers par pathologie influe, toutes choses égales par ailleurs, sur le volume d'activité.

Graphique 3 Niveaux de la consommation de soins hospitaliers en valeur, volume et prix

Base 100 en 2010



Source > DREES, comptes de la santé.

La consommation de soins de médicaments est soutenue par certains médicaments innovants

En 2022, la consommation de médicaments en ambulatoire s'élève à 32,8 milliards d'euros, en hausse de 5,3 % par rapport à 2021. Elle augmente en valeur pour la seconde année consécutive (+4,3 % en 2021), après une baisse continue entre 2014 et 2020 (-1,2 % par an en moyenne).

Ce dynamisme provient d'une augmentation en volume particulièrement élevée en 2022 (+9,0 %), comme en 2021 (+7,8 %). Celle-ci est soutenue, d'une part, par une forte progression des dépenses dans quelques classes thérapeutiques spécifiques : les traitements du cancer, les traitements de la mucoviscidose et les immunosuppresseurs, portés par l'accroissement rapide des dépenses de plusieurs traitements innovants. Elle s'explique, d'autre part, par une progression du nombre de boîtes délivrées. Au global, le nombre de boîtes de médicaments délivrées s'accroît ainsi de 4,5 % en 2022 par rapport à 2021.

Le prix de la consommation de médicaments en ambulatoire reste, quant à lui, orienté à la baisse (-3,4 % en 2022 après -3,3 % en 2021).

Les soins de médecins poursuivent leur progression

Après un fort rebond de l'activité des médecins en 2021, la consommation de soins de médecins ralentit en 2022, mais poursuit sa progression : elle augmente de 3,8 % pour les généralistes et de 4,1 % pour les spécialistes.

Pour les médecins généralistes, la croissance des soins provient essentiellement d'une hausse du volume (+3,3 %), tandis que pour les spécialistes, la progression des dépenses est soutenue par la hausse du volume (+2,3 %) et du prix (+1,8 %).

Avec cette nouvelle hausse, le volume de soins des généralistes dépasse son niveau d'avant la crise. L'activité des spécialistes reste dynamique en 2022, alors qu'elle avait déjà dépassé son niveau d'avant la crise lors du rebond de 2021 (+11,4 % en volume après -5,9 % en 2020).

Les soins courants infirmiers ralentissent

En 2022, les soins courants infirmiers ralentissent (+2,4 % après +3,0 % en 2021) et progressent à un rythme de croissance plus faible que celui d'avant la crise (en moyenne +5,5 % par an entre 2010 et 2019). Contrairement à celle des autres praticiens libéraux, l'activité des infirmiers est restée soutenue

en 2020 (+8,2 % en valeur, +5,3 % en volume), portée par le développement des soins à domicile dans les premières phases de la crise.

L'activité des autres auxiliaires médicaux retrouve son rythme de croissance tendanciel

La consommation des soins des autres auxiliaires médicaux (hors infirmiers) s'élève à 8,3 milliards d'euros en 2022. L'activité de ces praticiens, fortement touchée par les mesures de restriction sanitaire en 2020, rebondit en 2021 et retrouve globalement sa tendance pré-crise.

La dépense des produits concernés par la réforme du 100 % santé se stabilise en 2022

Après une forte hausse en 2021, les dépenses se stabilisent en 2022 dans chacun des secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique, audioprothèses et prothèses dentaires).

Quatre années après la mise en place de cette réforme, la part dans la consommation totale des produits sans reste à charge ou à tarifs modérés se stabilise en 2022.

La part du panier 100 % santé reste cependant assez hétérogène selon le secteur : elle atteint 43 % des dépenses des prothèses dentaires, contre 24 % pour les audioprothèses et 6 % pour l'optique médicale hors lentilles.

Les transports sanitaires restent très dynamiques en 2022

En 2022, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,0 milliards d'euros. Après une baisse de 6,3 % en 2020 du fait de la crise sanitaire, elle rebondit fortement depuis deux ans (+7,7 % en 2022 après +17,7 % en 2021). Malgré leur faible poids dans la CSBM (2,5 % en 2022), les transports sanitaires contribuent significativement à la croissance de la CSBM en valeur (+0,2 point en 2022).

Ce dynamisme provient notamment de la dépense de transports par taxi (+10,0 %) qui continue de croître plus rapidement que celle des ambulances ou des véhicules sanitaires légers (VSL).

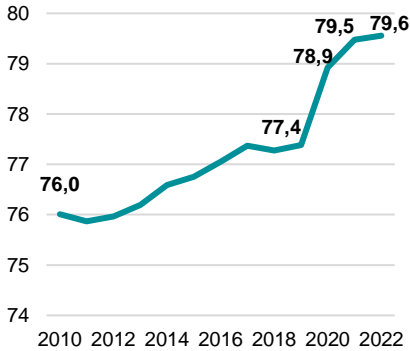
Les nouvelles mesures mises en place fin 2020 par l'Assurance maladie devraient freiner cette hausse des dépenses à l'avenir. En particulier, de nouvelles incitations financières ont été mises en place pour développer le transport sanitaire partagé par VSL plutôt que le transport individuel par taxi, plus onéreux.



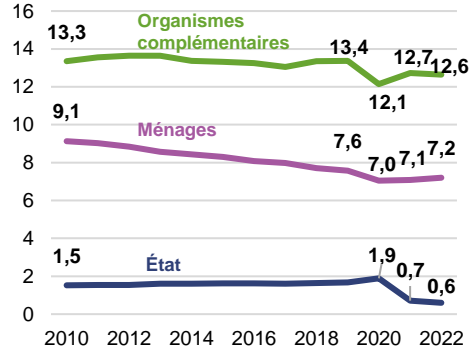
Graphique 4 Évolution du financement de la CSBM

En %

a. Par la Sécurité sociale



b. Par les autres financeurs



Lecture > En 2022, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,6 % par la Sécurité sociale et à 7,2 % par les ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

La structure de financement de la CSBM évolue peu entre 2021 et 2022 (*graphique 4*). Elle reste marquée par un niveau particulièrement élevé de la part des administrations publiques (80,2 % en 2022) dont l'essentiel provient des administrations de sécurité sociale (79,6 %), le reste étant financé par l'État (0,6 %). La participation des administrations publiques au financement de la CSBM se stabilise à un niveau sensiblement plus élevé qu'avant la crise (soit +1,1 point par rapport à 2019), soutenue par une prise en charge plus importante des soins hospitaliers.

En 2022, la part financée par les organismes complémentaires (OC) est quasi stable par rapport à 2021 (-0,1 point). Ainsi, après la forte baisse observée en 2020 (-1,2 point), puis la remontée partielle de 2021 (+0,6 point), cette part demeure inférieure à son niveau pré-crise sanitaire. En particulier, entre 2019 et 2022, la prise en charge par les OC diminue dans les soins hospitaliers, les médicaments ou encore les transports. La montée en charge du dispositif 100 % santé, qui induit une prise en charge accrue par les OC en optique, audioprothèses et prothèses dentaires, ne suffit pas à compenser la baisse dans les autres secteurs. En 2022, ces trois postes constituent à eux seuls un tiers des dépenses financées par les organismes complémentaires dans le champ de la CSBM.

La part des ménages dans le financement de la CSBM augmente de 0,1 point en 2022 par rapport à 2021, passant de 7,1 % à 7,2 %. La participation directe des ménages aux dépenses de santé s'établit ainsi à 17,0 milliards d'euros en 2022.

Le reste à charge moyen par habitant s'élève, en 2022, à 250 euros (*graphique 5*), dont en particulier 67 euros de dépenses de médicaments, 45 euros de soins hospitaliers, 30 euros de soins de médecins et 23 euros d'optique hors lentilles. Cette moyenne cache toutefois de grandes disparités de reste à charge selon l'âge ou l'état de santé.

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

Cette hausse du reste à charge (RAC) en 2022 s'explique par un financement plus important des soins hospitaliers par les ménages (+0,5 point), dont la part remonte à un niveau proche de 2019 (2,6 % en 2022) [*graphique 6*]. Il s'accroît aussi dans les médicaments (+0,2 point) du fait du dynamisme de la consommation de médicaments non remboursables. Le RAC progresse aussi légèrement pour les soins de ville, notamment les soins de médecins (+0,2 point), en raison de la hausse du taux de dépassement chez les spécialistes. À l'inverse, il poursuit sa baisse sur les trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé :

- Le taux de reste à charge en optique médicale hors lentilles baisse de 3,3 points à 23,1 % en 2022, avec une meilleure prise en charge des dépenses par les OC.
- La hausse du financement des organismes complémentaires, mais aussi la baisse du prix des appareils auditifs en 2022 induisent une baisse marquée du taux de reste à charge en audioprothèses (-5,3 points) à 35,7 % en 2022.
- Le taux de reste à charge des prothèses dentaires poursuit sa baisse (-0,6 point). Entre 2019 et 2022, il a été divisé par deux et s'élève finalement à 15,4 % de la dépense.

Cette baisse est due à une meilleure prise en charge des organismes complémentaires et de l'Assurance maladie.

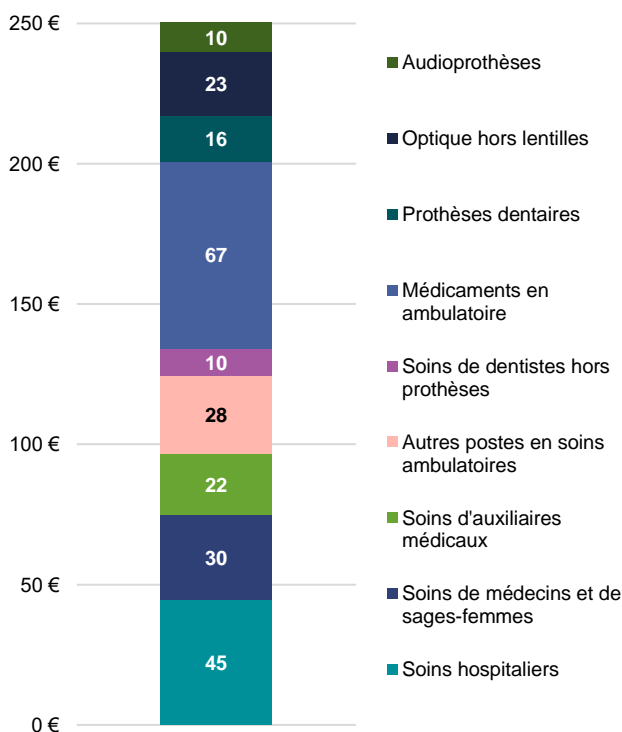
Le reste à charge reste plus élevé que la moyenne dans les secteurs ciblés par la réforme du 100 % santé

Le taux de reste à charge est très hétérogène selon les secteurs de la consommation en santé. Il est

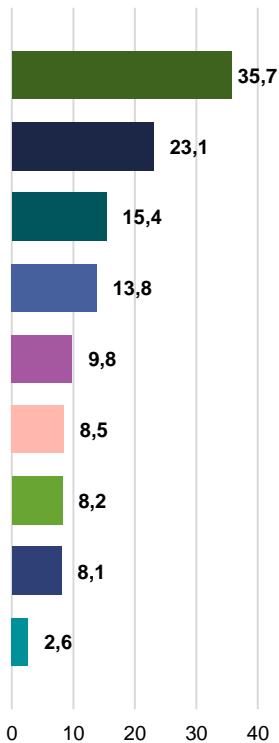
ainsi très faible sur les soins hospitaliers (2,6 % en 2022) qui sont largement financés par l'Assurance maladie. À l'inverse, les ménages financent directement une part importante de certains postes, notamment les postes concernés par la réforme du 100 % santé (fiche 17) : audioprothèses, optique médicale et prothèses dentaires. Malgré la baisse induite par la réforme, le RAC des ménages reste plus élevé que la moyenne sur ces trois secteurs.

Graphique 5 Le reste à charge des ménages en 2022

a. Reste à charge moyen par habitant (en euros)



b. Part de reste à charge (en %)

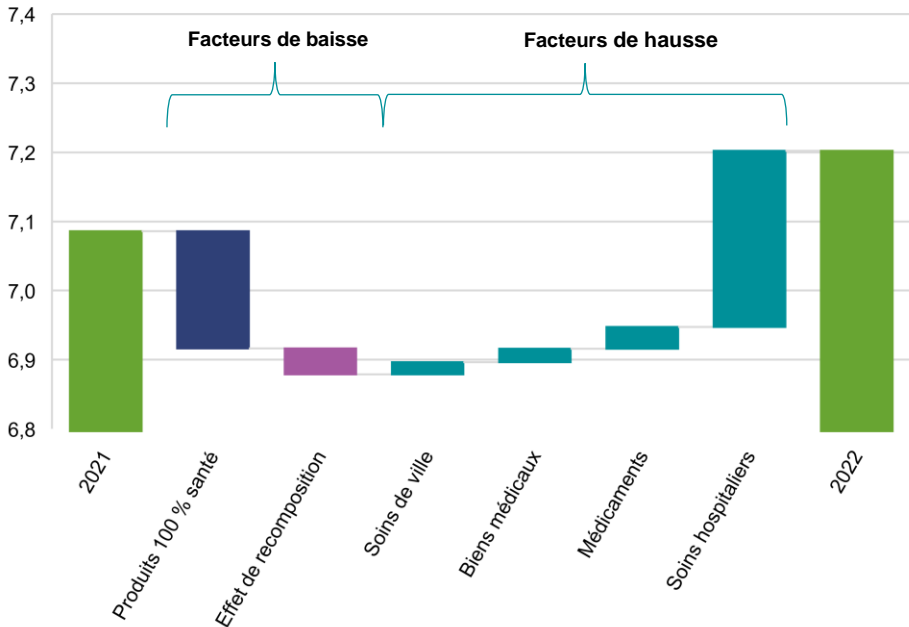


Lecture > En 2022, le reste à charge moyen par habitant s'élève à 250 euros, dont 67 euros de dépenses de médicaments. Le reste à charge représente 13,8 % du total de la consommation de médicaments.
Source > DREES, comptes de la santé.



Graphique 6 Décomposition de la variation du reste à charge en 2022 par poste de dépense

Reste à charge 2021 et 2022 en % de la CSBM, contributions en points de pourcentage



Lecture > Le reste à charge (RAC) des ménages représente 7,1 % de la CSBM en 2021 et 7,2 % en 2022. 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 produits concernés par la réforme du 100 % santé contribue à sa baisse pour 0,2 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé

Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire

En 2022, les dépenses liées à la crise du Covid-19 dans le champ des dépenses de santé sont estimées à 8,8 milliards d'euros. Elles sont en forte baisse par rapport à l'année précédente (18,1 milliards d'euros en 2021) du fait du reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année 2022 (tableau 2) [fiche 3].

Après deux années de forte hausse, les dépenses de tests en ville refluent en 2022 à 4,6 milliards d'euros, contre 6,9 milliards en 2021. La campagne de dépistage atteint un pic en janvier 2022 avec l'arrivée du variant Omicron, particulièrement contagieux. L'épidémie s'atténue progressivement après ce point haut et le nombre de tests décroît ensuite rapidement au second semestre de l'année. En 2022, 141 millions de tests ont été effectués, dont 60 % de tests antigéniques (TAG) et 40 % de tests PCR. La diminution du coût global du dépistage en 2022 est principalement due à la baisse du prix remboursé par l'Assurance maladie. En 2022, le prix des tests PCR a diminué en moyenne de 22 % et celui des tests TAG de 38 %.

La campagne de vaccination débutée en toute fin d'année 2020 s'est amplifiée au cours de l'année 2021 avec l'ouverture des centres de vaccination. En deux ans, la vaccination en ville aura coûté 5,4 milliards d'euros, dont 3,1 milliards pour l'achat de vaccins, 0,9 milliard pour le fonctionnement des centres de vaccination, 1,0 milliard pour les injections à l'acte et 0,4 milliard au titre de la prise en charge des dépenses de vaccination par le fonds d'intervention régional (FIR).

Dès le démarrage de l'épidémie, un financement supplémentaire, visant à compenser les surcoûts liés au Covid-19, a été alloué aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Au total, les établissements de santé et médico-sociaux ont reçu respectivement 14,9 et 2,7 milliards d'euros en trois ans, afin de soutenir l'activité et de lutter contre l'épidémie.

En 2022, ce type de financement s'est fortement réduit avec le reflux de l'épidémie. Les établissements médico-sociaux n'ont pas reçu d'enveloppe financière au titre de l'année 2022 ; les établissements de santé ont reçu 1,9 milliard d'euros en 2022 contre 5,2 milliards en 2021. Seule la garantie de financement a été reconduite en 2022 pour l'ensemble des cliniques privées. Cette garantie permet d'assurer un niveau de recette pour l'activité de soins au moins équivalent à celui observé avant la crise. Le montant versé est estimé, pour les cliniques privées, à 1,1 milliard d'euros en 2020 puis à 0,5 milliard en 2021 et en 2022. Les praticiens libéraux en ville ont également bénéficié d'un dispositif exceptionnel d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) pour compenser leurs pertes de revenus liées aux mesures de restrictions sanitaires. Ce dispositif a coûté à l'Assurance maladie 1,3 milliard d'euros versés quasi exclusivement en 2020.

La consommation de masques en ville est estimée à 0,9 milliard d'euros en 2020, à 0,5 milliard en 2021 et à 0,4 milliard en 2022. La diminution entre 2020 et 2021 résulte d'une forte baisse des prix (de l'ordre de 80 %) qui a plus que compensé le doublement de la consommation en volume d'une année sur l'autre. La consommation de masques est restée soutenue en début d'année 2022.

Enfin, des dépenses exceptionnelles ont été réalisées pour développer les applications informatiques nécessaires à la lutte contre l'épidémie (SI-DEP, TousAntiCovid, prise de rendez-vous, etc.) et mettre en place la politique « Tester, Alerter, Protéger ». Au total, sur trois ans, ces dépenses d'urgence ont représenté 2,1 milliards d'euros. Elles baissent fortement en 2022 à 0,4 milliard d'euros.

Tableau 2 Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire

Montants en milliards d'euros

	2020	2021	2022	Total
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	9,9	5,7	2,3	18,0
Masques	0,9	0,5	0,4	1,8
Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA)	1,3	0,0	0,0	1,3
Établissements de santé	7,8	5,2	1,9	14,9
DCSi – Dépenses de soins de longue durée – Établissements médico-sociaux	2,0	0,7	0,0	2,7
DCSi – Dépenses de prévention	3,0	11,6	6,5	21,2
Vaccination en ville		3,9	1,5	5,4
Tests PCR et antigéniques en ville	2,2	6,9	4,6	13,7
Dépenses d'intervention en cas d'urgence	0,9	0,8	0,4	2,1
Total des dépenses de la crise du Covid-19 dans le champ des comptes de la santé	15,0	18,1	8,8	41,8

Lecture > En 2022, les dépenses liées à la crise sanitaire sont estimées à 8,8 milliards d'euros, dont 2,3 milliards comptabilisés dans l'agrégat de la CSBM.

Sources > DREES, comptes de la santé ; DSS, rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.



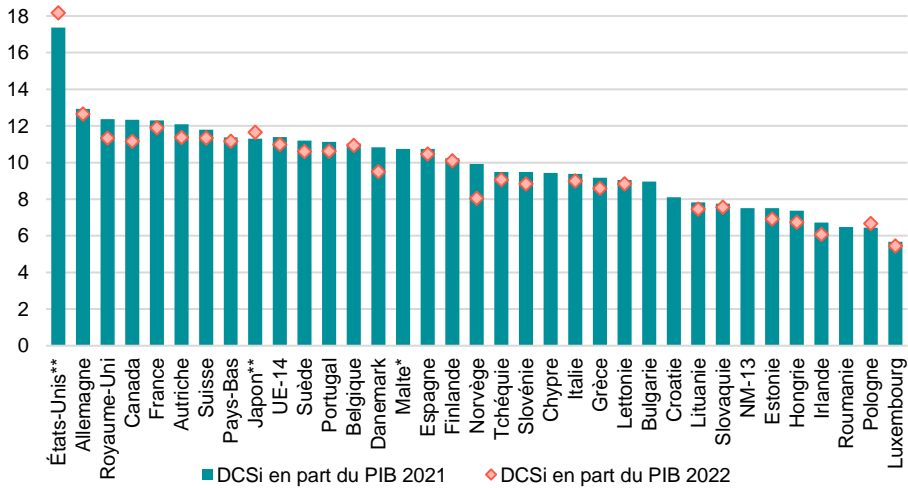
En 2022, l'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées au sein de l'UE-27, loin derrière les États-Unis

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 18,2 % de leur PIB en 2022, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 7*). Plus de cinq points derrière, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,6 % de son PIB pour la santé, juste devant la

France (11,9 %) et l'Autriche (11,4 %). En 2021 (dernière année pour laquelle les données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE), les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 11,0 % de leur PIB aux dépenses de santé. Néanmoins, les anciens États membres dépensent plus que les États membres plus récents : les pays de l'UE-14 (*voir glossaire*) y allouent en moyenne 11,4 % de leur PIB, contre 7,5 % pour les 13 nouveaux membres ayant rejoint l'UE après 2004.

Graphique 7 Dépenses courantes de santé au sens international en 2022 et 2021

En % du PIB



* Données 2020 ; ** PIB pour l'année 2021 et non 2022.

Lecture > En France, la DCSi représente 12,3 % du PIB en 2021 et 11,9 % du PIB en 2022.

Sources > 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 2021, en raison de la crise sanitaire

Entre 2020 et 2021, sous l'effet de la crise sanitaire, la DCSi en valeur augmente dans la totalité des pays ayant communiqué des données à l'OCDE : de +2,5 % aux États-Unis à +38,5 % en Lettonie (+9,9 % en France). Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, l'augmentation de la DCSi entre 2020 et 2021 est bien supérieure aux tendances observées avant la crise sanitaire.

En 2022, la DCSi augmente dans tous les pays étudiés, sauf le Danemark. Parmi les pays de l'UE-14, c'est en Belgique que la DCSi augmente le plus en 2022 (+8,3 %), devant l'Allemagne (+5,0 %), la France (+2,0 %) et le Royaume-Uni (+0,7 %).

En France, l'augmentation de la DCSi provient en particulier de l'accélération des prix dans les établissements de santé et médico-sociaux. La masse salariale a crû du fait de la revalorisation du point d'indice pour les fonctionnaires hospitaliers en juillet

2022, ainsi qu'en raison des revalorisations des professionnels du secteur médico-social dans le cadre des derniers accords du Ségur de la santé.

Au Luxembourg et en France, la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible

En 2021, en moyenne, dans les pays de l'UE-14, 14,4 % de la DCSi reste à la charge des ménages. Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (33,3 % en Grèce, 29,0 % au Portugal et 21,9 % en Italie), dans les nouveaux membres (19,3 % en moyenne), en particulier en Lituanie et en Lettonie (respectivement 30,2 % et 27,0 %), ainsi qu'en Suisse (22,3 %).

Par rapport aux autres pays ici passés en revue, en 2021, la France a le RAC le plus faible en proportion de la DCSi (8,7 %), avec le Luxembourg (8,9 %). Quatorze pays ont une part de la DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 15 %.

Aux États-Unis, la mise en place en 2014 d'Obama-care – dont l'extension de la population couverte par Medicaid¹ et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle – a induit une restructuration du financement de la DCSi : en 2021, le RAC représente 10,7 % de la DCSi.

En France, le reste à charge des ménages sur la DCSi repart à la hausse en 2022

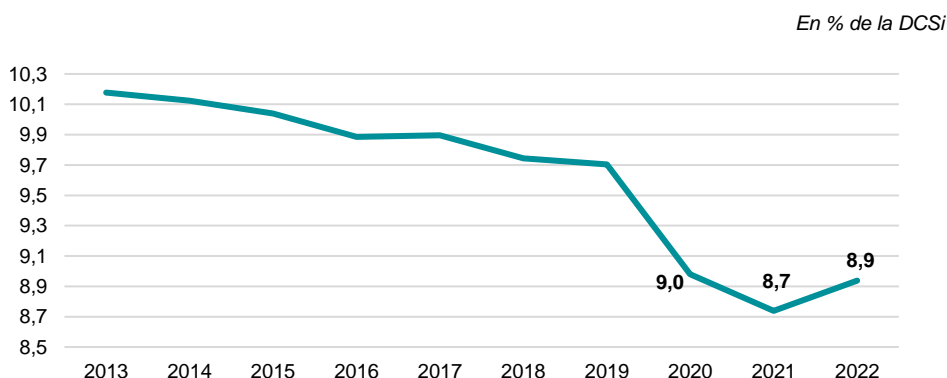
En France, de 2013 à 2021, le reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue quasiment chaque année : de 10,2 % en 2013 à 8,7 % en 2021 (*graphique 8*). Cette baisse s'interrompt en 2022, le reste à charge repartant à la hausse (+0,2 point) pour s'établir à 8,9 % de la dépense. Il reste toutefois bien inférieur à ce qu'il était avant la crise (9,7 % en 2019).

Le reste à charge s'accroît dans les soins courants, en particulier sur les soins hospitaliers (+0,4 point en 2022). La réduction des financements exceptionnels de l'Assurance maladie liés à l'épidémie de Covid-19 entraîne une hausse du reste à charge dans

ce secteur. Le reste à charge s'accroît aussi dans les dépenses de prévention (+2,0 points en 2022), avec la hausse des achats de kits de dépistage du Covid-19 non pris en charge par l'Assurance maladie (autotests, tests TAG ou PCR pour les personnes non vaccinées). Le reste à charge diminue à l'inverse légèrement dans les SLD (-0,5 point). En 2022, la hausse de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en direction des établissements pour personnes en situation de handicap augmente la part prise en charge par l'Assurance maladie, diminuant celle portée par les ménages.

En France, en 2022, bien qu'ils ne représentent que 16 % de la DCSi, les SLD représentent 37 % du reste à charge des ménages. Les biens médicaux constituent également une part importante du reste à charge (30 %), principalement dans le secteur de l'optique et des médicaments, où la prise en charge de l'Assurance maladie est plus faible. ■

Graphique 8 Évolution du reste à charge des ménages sur la DCSi en France



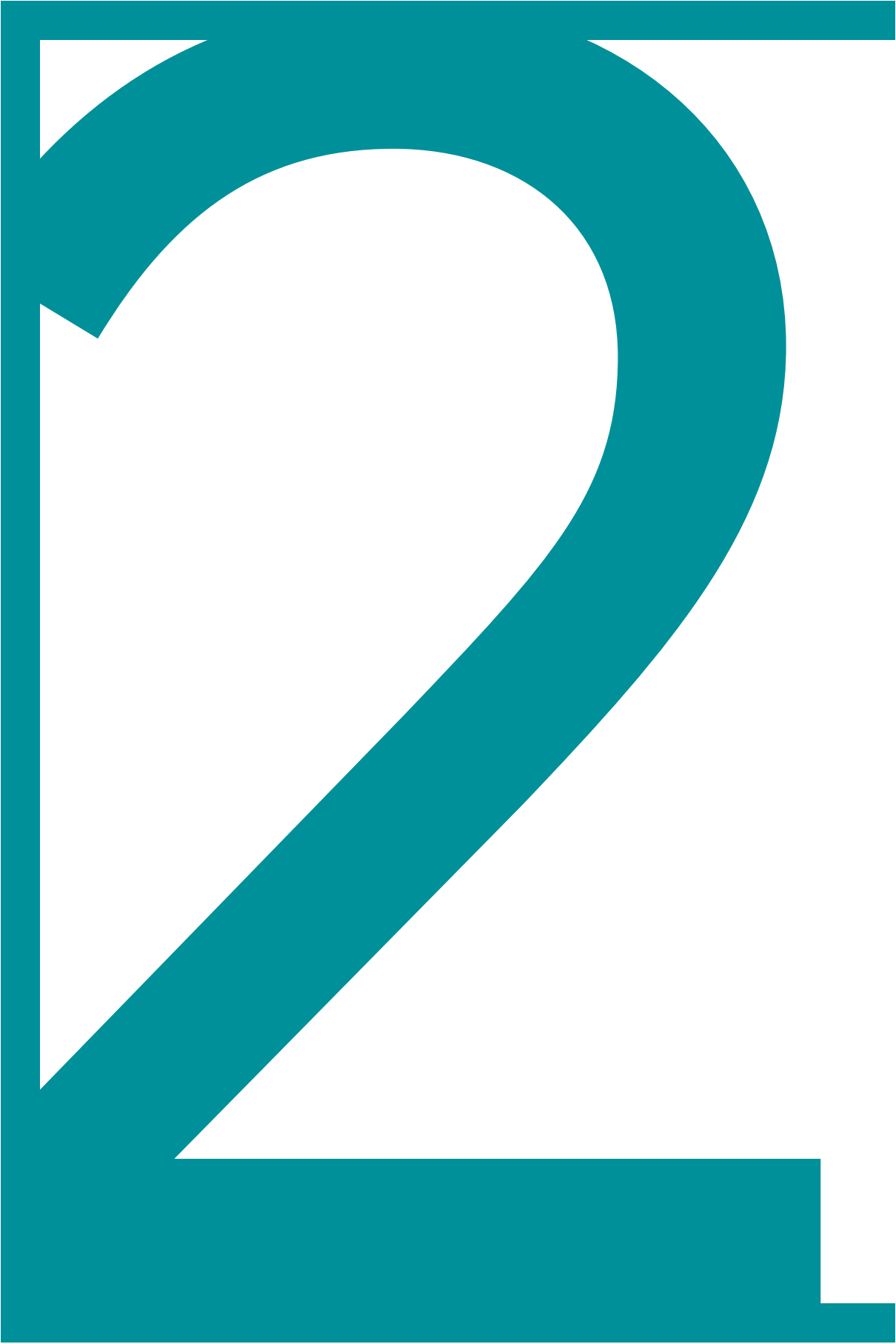
Lecture > En 2022, les ménages financent 8,9 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2022). *France : profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > OCDE (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2022. Consultable sur <https://stats.oecd.org/>
- > Statistiques d'Eurostat sur la santé 2022. Consultable sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- > System of Health Accounts (SHA). Plus d'informations sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- > 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.

¹ Medicaid est un programme d'assistance en matière de santé qui s'adresse spécifiquement aux personnes à faible revenu de tout âge. Il ne doit pas être confondu

avec le programme Medicare qui s'adresse aux personnes de 65 ans ou plus, aux personnes handicapées et aux patients sous dialyse, quels que soient leur revenu.



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement



La dépense courante de santé
au sens international

Autres indicateurs

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La consommation de soins et de biens médicaux

En 2022, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 235,8 milliards d'euros, soit 8,9 % du produit intérieur brut (PIB). Elle augmente de 3,9 % après une hausse de 7,8 % en 2021, dans un contexte de rebond à la suite de la survenue de l'épidémie de Covid-19 en 2020. Soutenue par la consommation de médicaments, la CSBM reste également dynamique en volume en 2022 (+1,8 % après +8,1 % en 2021). Dans un contexte général d'inflation, le prix de la CSBM repart à la hausse en 2022 (+2,1 % après -0,3 % en 2021) ; néanmoins, cette augmentation demeure inférieure à l'inflation enregistrée dans l'ensemble de l'économie en 2022.

En 2022, la CSBM ralentit, mais reste dynamique

En 2022, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ralentit (+3,9 % après +7,8 %) pour s'établir à 235,8 milliards d'euros (tableau 1), soit une dépense moyenne de 3475 euros par habitant. Cette évolution est portée aussi bien par une hausse des prix (+2,1 %) que de volume (+1,8 %).

Entre 2010 et 2019, la croissance de la CSBM s'élevait en moyenne à 2,0 % par an. Elle était intégralement portée par celles des volumes, les prix reculant légèrement sur la période. En 2020, le CBSM chute en volume avec le déclenchement de la crise sanitaire (-4,4 %), l'activité de certains secteurs de soins de ville s'étant quasiment arrêtée lors du 1^{er} confinement de mars à mai 2020. Dans le même temps, les prix se sont fortement appréciés (+6,3 %) du fait des mesures exceptionnelles de soutien à l'ensemble des secteurs. En 2021, la reprise d'activité se traduit par un fort rebond de la CSBM en volume (+8,1 %).

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 établissement public et les médicaments et biens médicaux en sus consommés en établissement (graphique 1), pour 48,7 % du total (fiche 4) ;

- la consommation de soins de ville, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinet libéral, en dispensaire, les dépenses de laboratoires de biologie médicale et les cures thermales, pour 26,4 % du total (fiches 6 à 12) ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, pour 13,9 % du total (fiche 13) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire, pour 8,5 % du total (fiches 15 et 16) ;
- la consommation de transports sanitaires, pour 2,5 % du total (fiche 11).

À l'inverse, la CSBM ne comprend pas les dépenses de prévention. En particulier, elle ne comprend donc ni les dépenses de tests, ni les dépenses de vaccination engagée dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

En 2022, la part de la CSBM dans le PIB diminue légèrement de 0,1 point à 8,9 %, celui-ci étant plus dynamique que la CSBM en 2022¹. De même, la part de la CSBM dans la consommation effective des ménages diminue légèrement, de 0,3 point par rapport à l'année précédente, et atteint 12,9 % en 2022. Ces ratios demeurent à un niveau bien plus élevé qu'avant la crise sanitaire de 2020. Ainsi, en 2019, la CSBM représentait 8,5 % du PIB, et 12,4 % de la consommation effective des ménages.

¹ Le PIB augmente de 5,5 % en valeur en 2022 (après +8,0 % en 2021).

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros courants

	2012	2020	2021	2022	Évolution 21/22 (en %)	Contribution 2022 (en points)
Soins hospitaliers	84 706	103 270	110 165	114 862	4,3	2,1
Secteur public	64 846	79 797	84 916	88 700	4,5	1,7
Secteur privé	19 860	23 473	25 249	26 163	3,6	0,4
Soins ambulatoires	97 084	107 154	116 762	120 913	3,6	1,8
<i>Soins de ville¹</i>	47 418	54 797	60 288	62 157	3,1	0,8
Soins de médecins et de sages-femmes	20 464	23 031	24 583	25 584	4,1	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	11 587	15 733	17 306	17 822	3,0	0,2
Soins de dentistes	10 745	11 441	13 478	13 824	2,6	0,2
Laboratoires de biologie médicale	4 276	4 455	4 689	4 615	-1,6	0,0
Cures thermales	346	136	231	312	34,7	0,0
<i>Médicaments</i>	32 098	29 831	31 108	32 768	5,3	0,7
<i>Biens médicaux²</i>	13 497	17 784	19 787	19 978	1,0	0,1
<i>Transports sanitaires</i>	4 071	4 741	5 579	6 009	7,7	0,2
Ensemble	181 790	210 424	226 927	235 775	3,9	3,9
CSBM (en % du PIB)	8,7	9,1	9,1	8,9		
CSBM (en % de la consommation effective des ménages)	12,6	13,1	13,2	12,9		
Évolution (en %)	2,1	1,6	7,8	3,9		
Prix (en %)	-0,4	6,3	-0,3	2,1		
Volume (en %)	2,5	-4,4	8,1	1,8		

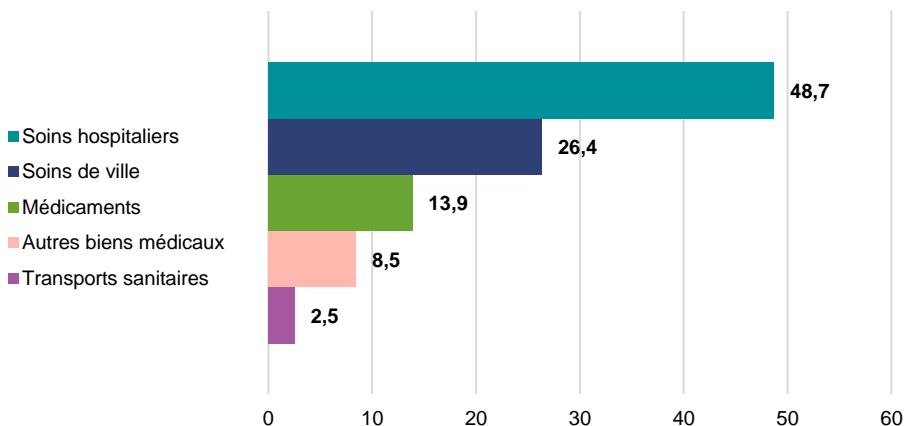
1. Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de soins de ville des régimes d'assurance maladie.

2. Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour personnes handicapées physiques), aliments, matériels, pansements.
Lecture > En 2022, la CSBM progresse de 3,9 % ; les soins hospitaliers augmentent de 4,5 % en un an et contribuent pour 1,7 point à l'évolution de la CSBM en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

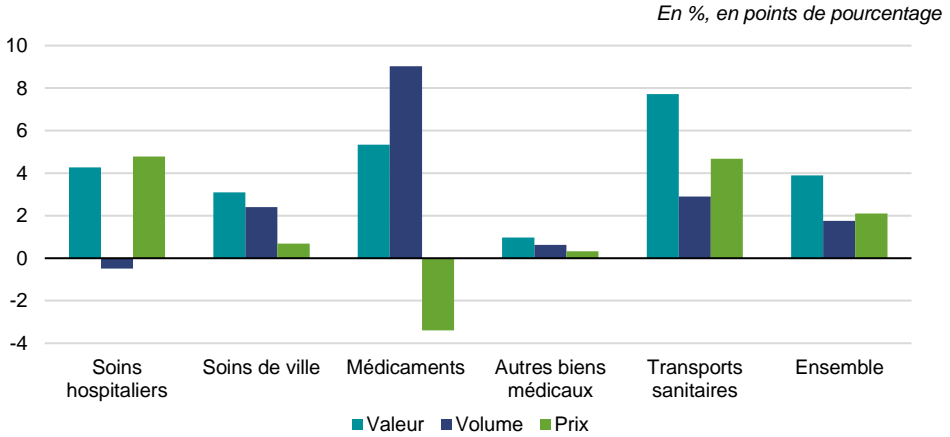
Graphique 1 Structure de la CSBM en 2022

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux de croissance en valeur, volume et prix pour les principaux postes de la CSBM en 2022



Lecture > En 2022, la consommation de transports sanitaires augmente de 7,7 % en valeur. Cette hausse provient d'une augmentation de la consommation en volume de 2,9 % et de son prix de 4,7 %.

Sources > IPC ; CNAM (statistiques mensuelles) ; DREES, comptes de la santé.

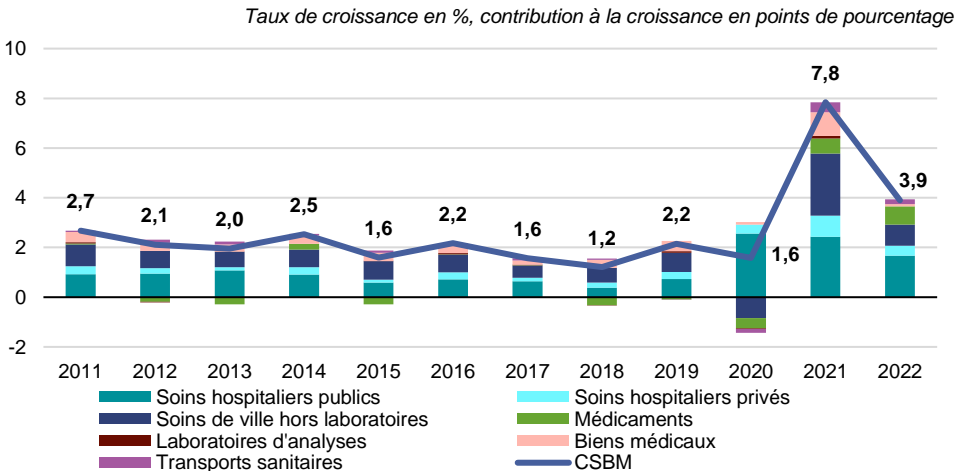
En 2022, les soins hospitaliers demeurent le premier facteur de croissance de la CSBM en valeur

Entre 2012 et 2022, la CSBM progresse en moyenne de 2,6 % par an en valeur. Au cours de cette période, les soins hospitaliers constituent le premier facteur de croissance de la CSBM (graphique 3).

En 2022, tous les secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur. Les soins hospitaliers

expliquent plus de la moitié de cette croissance (fiche 4) ; l'augmentation des soins hospitaliers en valeur est notamment portée par les salaires à l'hôpital, dans un contexte d'augmentation du point d'indice dans la fonction publique au 1^{er} juillet 2022. La consommation de médicaments augmente nettement (+5,3 %) [fiche 5], la hausse en volume (+9,0 %) dominant la baisse des prix (-3,4 %). Les soins de médecins et de sages-femmes augmentent également à un rythme soutenu (fiches 6 et 7), bien qu'en ralentissement après le rebond de 2021.

Graphique 3 Contribution à la croissance de la CSBM en valeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Après le rebond de 2021, l'activité en santé reste dynamique en volume en 2022

En 2022, l'activité en volume reste dynamique (+1,8 %), excepté pour les soins hospitaliers publics (graphique 4). Cette hausse fait suite à un fort rebond des volumes en 2021 (+8,1 % après - 4,4 % en 2020) en raison de la reprise d'activité permise par l'atténuation de mesures de restriction sanitaire.

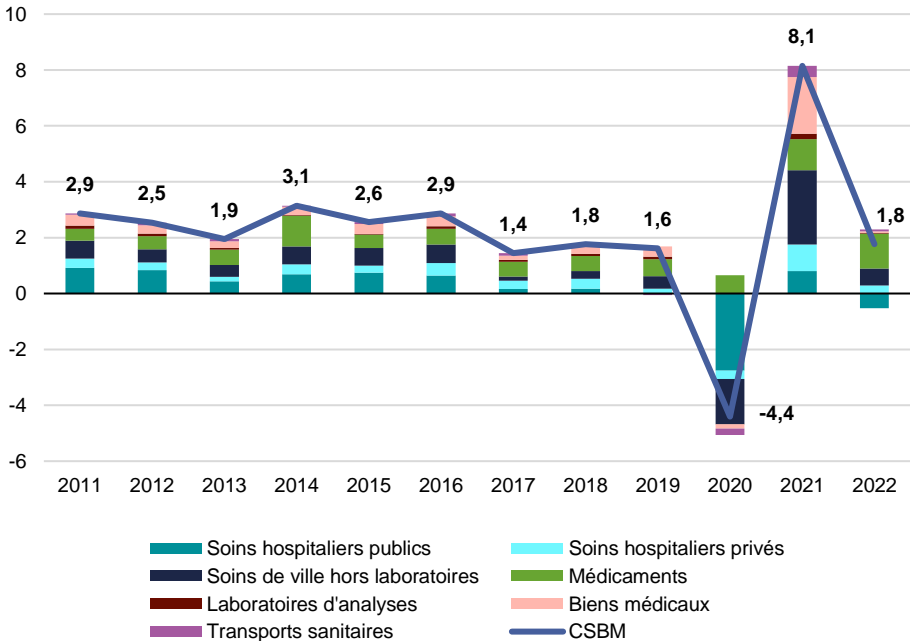
Dans les soins hospitaliers, l'activité diminue en 2022 malgré une hausse du nombre de séjours (effet volume induit par un effet de composition lié aux évolutions différenciées par type de pathologie). Les séjours en réanimation et les affections de l'appareil respiratoire, principaux motifs d'admission pour séjour Covid-19 qui avaient soutenu l'activité en 2020 et 2021 durant la crise sanitaire, se replient et contribuent à la baisse du volume d'activité au sein de l'hôpital public. En revanche, l'activité progresse en volume dans les cliniques privées.

Après un recul global de l'activité en 2020 et un fort rebond en 2021, l'activité des secteurs relevant des soins de ville progressent de nouveau en 2022 en volume (contribution de +0,6 point à la hausse de la CSBM en volume). Les soins de médecins et des auxiliaires médicaux sont les deux principaux contributeurs à cette hausse.

Les médicaments en ambulatoire sont l'un des seuls postes n'ayant pas reculé en volume en 2020 au déclenchement de l'épidémie de Covid-19. Ils progressent fortement en 2021 et 2022 (+9,0 % après +7,8 %). Ce rythme de croissance est bien plus élevé que celui des années précédentes (+3,7 % par an entre 2011 et 2019). Les médicaments en ambulatoire contribuent ainsi pour 1,2 point à la croissance de la CSBM en volume en 2022. Cette hausse est portée par d'importantes progressions de dépenses pour plusieurs classes thérapeutiques, tels que les traitements des cancers, les immunosuppresseurs et les antidiabétiques. Elle s'explique aussi par une progression du nombre de boîtes délivrées : globalement, le nombre de boîtes de médicaments délivrées s'accroît ainsi de 4,5 % en 2022 par rapport à 2021.

Graphique 4 Contribution à la croissance de la CSBM en volume

Taux de croissance en %, contribution à la croissance en points de pourcentage



Source > DREES, comptes de la santé.

Le prix de la CSBM repart à la hausse en 2022

En 2022, le prix de la CSBM augmente de 2,1 % après -0,3 % en 2021 (*graphique 5*). Cette hausse reste néanmoins limitée, au regard du contexte inflationniste général : l'IPC augmente de 5,2 % en 2022 après +0,5 % en 2021.

Le secteur hospitalier contribue pour 2,3 point à la hausse du prix de la CSBM, notamment du fait d'une hausse importante des prix dans le secteur public (+5,9 %). La revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 et les mesures exceptionnelles de soutien à l'attractivité dans le secteur public (« mission flash » sur les urgences, revalorisation des gardes et astreintes) contribuent à une hausse de la rémunération des salariés à l'hôpital public en 2022 (+5,5 %) [*fiche 5*].

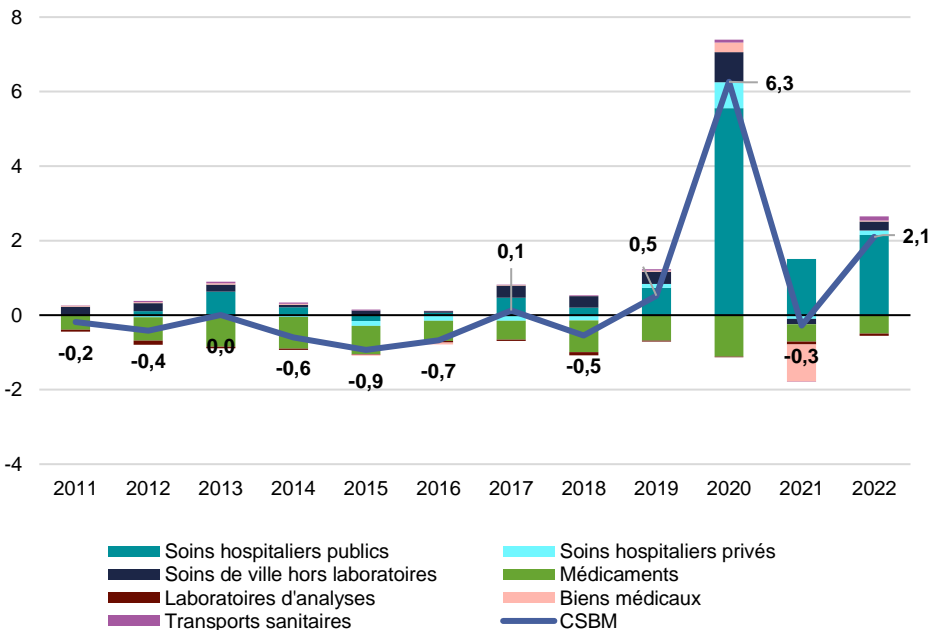
À l'inverse, les soins de ville contribuent peu à la croissance du prix de la CSBM (pour 0,2 point).

En 2022, les biens médicaux ont apporté une contribution positive à l'augmentation des prix, faisant suite à une contribution de -1,0 point en 2021, essentiellement due à la baisse significative du prix des masques.

Les médicaments en ambulatoire contribuent de nouveau à la baisse du prix de la CSBM, principalement sous l'effet de la baisse de prix (-3,4 % en 2022, -4,3 % entre 2011 et 2022 en moyenne annuelle). Cette baisse des prix des médicaments est due en partie à la progression continue des remises conventionnelles (*fiche 13*).

Graphique 5 Contribution à la croissance de la CSBM en prix

Taux de croissance en %, contribution à la croissance en points de pourcentage



Sources > IPC ; CNAM (statistiques mensuelles) ; DREES, comptes de la santé.

Entre 1950 et 2022, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen supérieur à celui du PIB. De ce fait, la part de la CSBM dans la production nationale a été multipliée par 3,4 au cours de la période, passant de 2,5 % à 8,9 % du PIB.

La composition de la CSBM a évolué entre 1950 et 2022. Depuis 2010, la part de la dépense hospitalière a augmenté, au détriment de celle des médicaments. La part des soins de ville est restée globalement inchangée entre 2010 et 2022, autour d'un quart de la CSBM.

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*) ; de 2,5 % du PIB à 6,9 %. 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*].

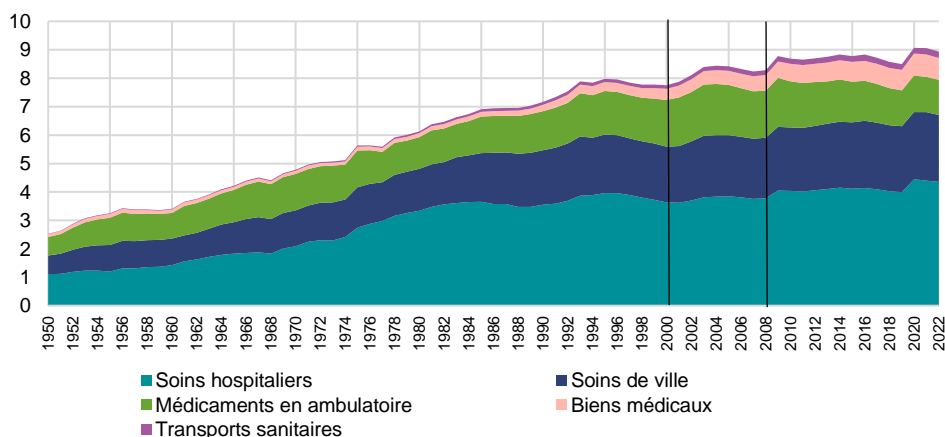
La dépense hospitalière augmente nettement, dans un contexte d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux.

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 croît de 43,7 % à 52,9 % entre 1950 et 1985. En contrepartie, 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 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 2010-2022).

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.

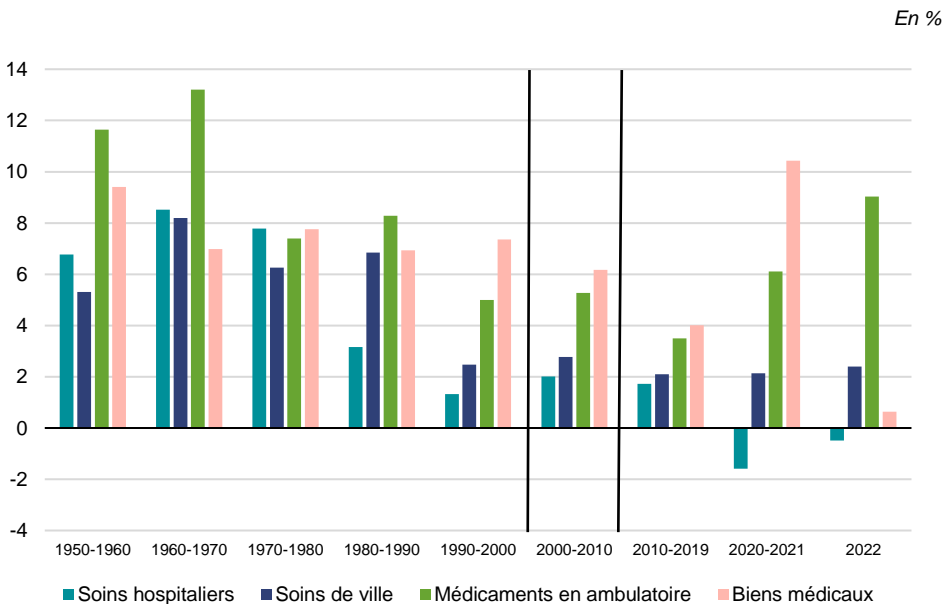
Par la suite, les plans de financement de la Sécurité sociale, remplacés chaque année à partir de 1997 par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), visent à maîtriser la croissance des dépenses d'Assurance maladie via la définition des objectifs nationaux de progression des dépenses d'Assurance 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, en moyenne 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 ; entre 2004 et 2009, 0,3 point. 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 2010-2022).

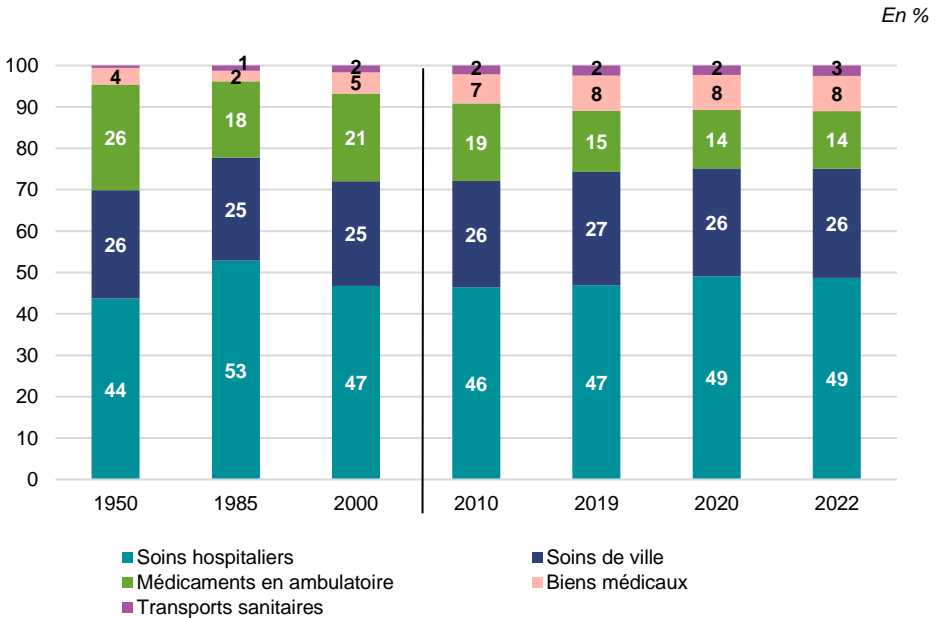
La crise sanitaire déforme la structure de la CSBM en 2020

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 des biens médicaux et de transports sanitaires a augmenté du fait entre autres de l'accroissement rapide de leurs prix depuis 1985 (+7 % en moyenne pour les transports sanitaires ; +11 % en moyenne pour les biens médicaux). De même, la part des médicaments dans la CSBM a augmenté entre 1985 et 2000 (+3 points), principalement en raison de la hausse des volumes consommés et de la diffusion de traitements nouveaux. En revanche, la part des soins de ville dans la CSBM est restée relativement stable, autour de 25 %.

Entre 2000 et 2019 (avant le déclenchement de la crise sanitaire), malgré les innovations thérapeutiques, la part des médicaments en ambulatoire a reculé (-6,3 points, à la suite des mesures de régulation de l'Assurance maladie) au profit des biens médicaux (+3,4 points) et des soins de ville (+2,0 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. Une légère correction s'opère à la fin de l'épidémie : la part des soins hospitaliers diminue légèrement (-0,4 point entre 2020 et 2022), mais la structure de la CSBM en 2022 reste proche de celle de 2020. ■

Graphique 3 Structure de la CSBM, en valeur



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 2010-2022).

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 provoquée par l'épidémie de Covid-19, un soutien financier massif a été déployé afin de garantir la protection des personnes et d'assurer la pérennité du système de santé. Cette fiche retrace les mesures exceptionnelles mises en œuvre dans le cadre de l'urgence sanitaire de 2020 à 2022. Certaines d'entre elles n'entrent pas dans le champ des comptes de la santé tel qu'il est défini par les normes internationales.

En 2022, les dépenses liées à la crise sanitaire dans le champ des dépenses de santé sont estimées à 8,8 milliards d'euros. Elles sont en forte baisse par rapport à l'année précédente (18,1 milliards d'euros en 2021) sous l'effet du reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année 2022.

Les dépenses de prévention liées à la crise en baisse en 2022

Les dépenses liées à la crise sanitaire classées en prévention sont composées des dépenses de dépistage (tests de dépistage du virus), des dépenses de vaccination et des dépenses d'intervention en cas d'urgence.

En 2022, ces dépenses s'élèvent à 6,5 milliards d'euros contre 11,6 milliards en 2021 (tableau 1). Elles sont en nette diminution, mais constituent toujours un poste de dépense important.

Les tests de dépistage en ville

En 2020, le coût des dispositifs de dépistage (tests PCR et antigéniques, prélèvements inclus) s'est élevé à 2,2 milliards d'euros. Cette dépense recouvre 38 millions de tests, composés à plus de 90 % de tests PCR ; les tests antigéniques n'ayant été disponibles qu'à partir du mois d'octobre 2020.

En 2021, cette politique de dépistage s'est amplifiée dans l'objectif de briser la chaîne des contaminations, si bien que le coût global des tests augmente fortement, à 6,9 milliards d'euros. Hors autotests, en 2021, 168 millions de tests ont été réalisés sur l'année, répartis pour moitié entre tests PCR et antigéniques (graphique 1).

En 2022, la campagne de tests se poursuit pour un montant total de 4,6 milliards d'euros. La campagne de dépistage atteint son point culminant lors de la cinquième vague épidémique, en janvier 2022, avec l'arrivée du variant Omicron, particulièrement contagieux : 46 millions de tests ont été réalisés durant ce mois. Après ce pic, l'épidémie reflue progressivement ; le nombre de tests décroît rapidement au second semestre de l'année. En 2022, 141 millions de tests ont été effectués, dont 60 % de tests antigéniques et 40 % de tests PCR. En 2022, les dépenses de dépistage en ville se décomposent en :

- 1,8 milliard d'euros de tests PCR ;
- 2,0 milliards d'euros de tests antigéniques ;

- 0,6 milliard pour effectuer les prélèvements des différents tests ;
- et 0,3 milliard pour les autotests Covid-19 achetés par les ménages.

La baisse des prix des tests contribue à la diminution du coût global du dépistage entre 2021 et 2022 : en 2022, le prix des tests PCR diminue en moyenne de 22 % et celui des tests TAG de 38 %¹.

Les vaccins

Début 2021, de nombreux centres de vaccination ont ouvert sur l'ensemble du territoire afin de protéger, dans un premier temps, les personnes les plus à risque puis, dans un second temps, l'ensemble de la population.

Cette campagne de vaccination a été fortement encouragée par les pouvoirs publics. En particulier, avec l'instauration du passe sanitaire le 1^{er} juillet 2021, les personnes non vaccinées se sont progressivement vu restreindre l'accès à certains lieux ou événements recevant du public. Disposant de moyens logistiques importants, la campagne de vaccination a été rapide et de grande ampleur. La campagne pour les 1^{re} et 2^{de} injections s'est intensifiée au cours de l'année 2021, avec un pic au cours de l'été (graphique 2). La campagne de rappel a débuté en septembre 2021 et a connu un pic au mois de décembre 2021. Fin 2021, 91 % des Français âgés de 12 ans ou plus ont reçu au moins une dose de vaccin et 129 millions de doses de vaccins ont été injectées.

À partir de mars 2022, les centres de vaccination ont fermé et l'injection de vaccin a ensuite majoritairement eu lieu dans des cabinets de ville ou en officine, assortie d'un paiement à l'acte. Ce type d'injection a un coût unitaire plus élevé qu'une injection en centre de santé.

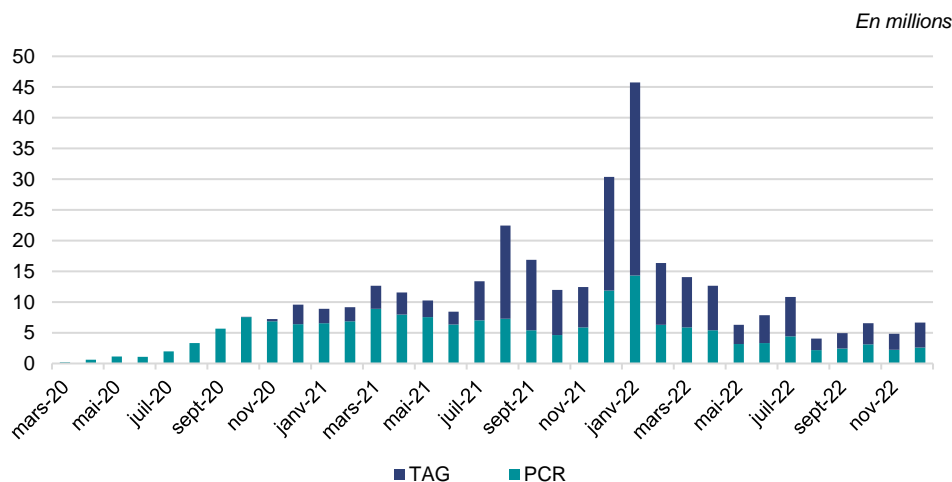
Fin 2022, 92 % des Français âgés de 12 ans ou plus ont reçu au moins une dose de vaccin ; les deux tiers des injections ayant été réalisés dans des centres de vaccination.

¹ Source Commission des comptes de la Sécurité sociale, mai 2023 ; calculs DREES.

En deux ans, la vaccination a coûté 5,4 milliards d'euros dont 3,1 milliards pour l'achat de vaccins, 0,9 milliard pour le fonctionnement des centres de vaccination, 1,0 milliard pour les injections à l'acte et

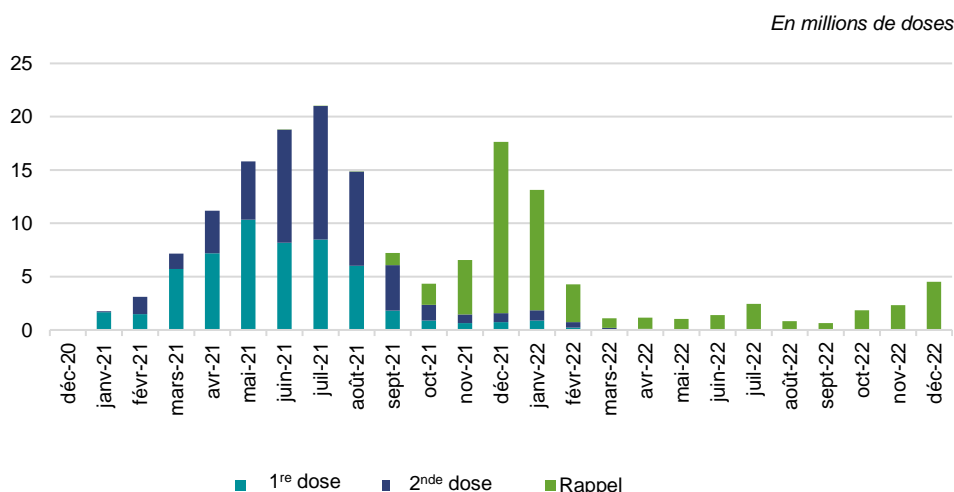
0,4 milliard au titre de la prise en charge des dépenses de vaccination par le fonds d'intervention régional (FIR).

Graphique 1 Nombre de tests TAG et PCR réalisés par mois entre 2020 et 2022



Source > Système d'information SI-DEP.

Graphique 2 Nombre de vaccins Covid-19 injectés par mois de décembre 2020 à décembre 2022



Source > Système d'information VAC-SI

Les dépenses d'intervention en cas d'urgence
Des dépenses exceptionnelles ont été réalisées pour développer les applications informatiques nécessaires à la lutte contre l'épidémie (SI-DEP, TousAntiCovid, prise de rendez-vous, etc.) et mettre en place la politique « Tester, Alerter, Protéger ».

Au total, sur trois ans, ces dépenses d'urgence ont représenté 2,1 milliards d'euros entre 2020 et 2022. Elles sont en net reflux en 2022, avec seulement 0,4 milliard d'euros.

La dépense de crise à destination des établissements de santé et médico-sociaux en très forte baisse

Dès le démarrage de l'épidémie, un financement supplémentaire, visant à compenser les surcoûts liés au Covid-19, a été alloué aux établissements sanitaires et médico-sociaux.

Au total, les établissements de santé et médico-sociaux ont reçu respectivement 14,9 et 2,7 milliards d'euros en trois ans afin de soutenir l'activité et de lutter contre l'épidémie.

En 2022, avec le reflux de l'épidémie, ce type de financement s'est fortement réduit. Les établissements médico-sociaux n'ont pas reçu d'enveloppe financière au titre de l'année 2022 (contre 0,7 milliard d'euros en 2021) ; les établissements publics de santé ont reçu 1,9 milliard d'euros en 2022, contre 5,2 milliards en 2021.

Seule la garantie de financement a été reconduite en 2022 pour l'ensemble des cliniques privées. Cette garantie permet d'assurer un niveau de recette pour l'activité de soins au moins équivalent à celui observé avant la crise. Le montant versé est estimé, pour les cliniques privées, à 1,1 milliard d'euros en 2020, à 0,5 milliard en 2021 et en 2022.

Les autres dépenses liées à la crise également en baisse

Les masques

La consommation de masques en ville est estimée à 0,9 milliard d'euros en 2020, à 0,5 milliard en 2021 et 0,4 milliard en 2022. La diminution entre 2020 et 2021 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.

La consommation de masques a été forte au début de 2022 : l'arrivée du variant Omicron a relevé le niveau des mesures sanitaires mises en œuvre, en particulier sur le port du masque dans les établissements scolaires ou les lieux publics. La consommation a ensuite décliné, en particulier à partir de mai 2022 quand le port du masque n'a plus été obligatoire dans la plupart des lieux publics ou les transports en commun.

Le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité

Les mesures de restriction de déplacement et d'activité mises en place lors du premier confinement, le

17 mars 2020, ont induit une chute de l'activité de certains professionnels de santé. Afin de soutenir le revenu des praticiens, 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'éleva à 1,3 milliard d'euros en 2020. Ce dispositif n'a pas été reconduit les années suivantes, seul un reliquat ayant été versé au titre de l'année 2021 et 2022 (respectivement 21 et 7 millions d'euros).

Les indemnités journalières

Les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie au titre des dépenses de crise regroupent les indemnités maladie pour les personnes atteintes du Covid-19, les indemnités versées pour les personnes vulnérables ne pouvant aller travailler et, durant le 1^{er} confinement, une indemnité dérogatoire pour les assurés dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle compte tenu des restrictions de déplacements ou devant garder leurs enfants.

Ces indemnités représentent 2,4 milliards en 2020 ; 0,9 milliard en 2021 et 1,8 milliard en 2022. Le rebond des dépenses en 2022 est dû à la 5^e vague épidémique, marquée par l'apparition du variant Omicron, qui a engendré un nombre important d'arrêts maladies. 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, les organismes complémentaires ont enregistré de moindres dépenses. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a mis en œuvre une contribution exceptionnelle 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 1,0 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 (fiche 20). ■

Tableau 1 Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire de 2020 à 2022

Montants en milliards d'euros

	2020	2021	2022	Total
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	9,9	5,7	2,3	18,0
Masques	0,9	0,5	0,4	1,8
Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA)	1,3	0,0	0,0	1,3
Établissements de santé	7,8	5,2	1,9	14,9
Prise en charge des surcoûts Covid-19	2,8	2,9	0,6	6,3
Primes et revalorisations des heures supplémentaires	1,8			1,8
Fourniture de masques, médicaments et matériels par l'ANSP	1,6	0,7	0,3	2,6
Tests PCR	0,4	0,7	0,4	1,5
Campagne de vaccination		0,4	0,1	0,5
Garantie de financement aux cliniques privées	1,1	0,5	0,5	2,2
DCSi – Dépenses de soins de longue durée	2,0	0,7	0,0	2,7
Établissements médico-sociaux	2,0	0,7	0,0	2,7
Prise en charge des surcoûts et compensation partielle des moindres recettes	1,2	0,7	0,0	1,9
Primes et revalorisations salariales	0,8	0,0	0,0	0,8
DCSi – Dépenses de prévention	3,0	11,6	6,5	21,2
Vaccination en ville		3,9	1,5	5,4
Achat de vaccin Covid-19		2,3	0,8	3,1
Injection de vaccin Covid-19 en centre de vaccination		0,8	0,2	0,9
Injection de vaccin Covid-19 en paiement à l'acte		0,7	0,3	1,0
Prise en charge des dépenses de vaccination par le FIR	0,0	0,2	0,1	0,4
Test PCR et antigéniques en ville	2,2	6,9	4,6	13,7
Prélèvement pour tests PCR et TAG	0,3	1,2	0,6	2,0
Tests PCR	1,6	3,3	1,8	6,8
Tests TAG	0,2	2,2	2,0	4,4
Autotest Covid-19	0,1	0,3	0,3	0,6
Dépenses d'intervention en cas d'urgence	0,9	0,8	0,4	2,1
Total des dépenses de la crise du Covid-19 dans le champ des CNS	15,0	18,1	8,8	41,8
<i>Pour information, autres mesures liées à la crise hors champ des CNS</i>				
<i>Indemnités journalières</i>	2,4	0,9	1,8	5,1
<i>Contribution Covid-19 versée à l'Assurance maladie par les organismes complémentaires</i>	1,0	0,5	0,0	1,5

Lecture > En 2022, les dépenses liées à la crise sanitaire du Covid-19 sont estimées à 8,8 milliards d'euros, dont 2,3 milliards comptabilisés dans l'agrégat de la CSBM.

Sources > DREES, comptes de la santé ; DSS, rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Pour en savoir plus

- > **Marc, C., Lefebvre G., Portela, M. (dir.)** (2022, décembre). *La protection sociale en France et en Europe en 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2023, mars). Retour sur trois ans de crise sanitaire dans l'ONDAM – Éclairage 3.1. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2022, prévisions 2023*.
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2023, juillet). *Rapport Charges et produits pour l'année 2023*.

Les soins hospitaliers

La consommation de soins hospitaliers est le premier poste de dépenses de la CSBM, dont elle représente 48,7 % en 2022. Ces dépenses s'élèvent à 114,9 milliards d'euros en 2022 et augmentent fortement pour la troisième année consécutive (+4,3 % en 2022, après +6,7 % en 2021 et +6,2 % en 2020). Dans le secteur public, les dépenses augmentent de 4,5 % en 2022, intégralement portées par une hausse des prix (+5,9 %), tandis que le volume diminue de 1,4 %. Dans le secteur privé, les dépenses croissent en valeur de 3,6 % en 2022.

La Sécurité sociale finance plus de 90 % des soins hospitaliers. Le reste à charge des ménages à l'hôpital est très faible ; il s'établit à 1,5 % de ces dépenses dans le secteur public et à 6,5 % dans le secteur privé.

Le volume de soins hospitaliers recule en 2022

En 2022, la consommation de soins hospitaliers¹ (secteur public et privé², hors soins de longue durée) s'élève à 114,9 milliards d'euros. La croissance des soins hospitaliers reste dynamique en valeur pour la troisième année consécutive : +4,3 % en 2022, après deux années de progression de plus de 6 % (tableau 1). Entre 2011 et 2019, ces dépenses ont augmenté à un rythme bien moins élevé (en moyenne +2,0 % par an).

Sur trois ans, c'est-à-dire depuis le début de la crise sanitaire, cette dynamique de la consommation des soins hospitaliers en valeur est entièrement portée par la hausse du prix des soins (+4,8 % en 2022 après +3,0 % en 2021 et +13,6 % en 2020). Après un rebond de l'activité en volume en 2021 (+3,6 % après -6,5 % en 2020), le volume de soins hospitaliers recule de nouveau en 2022 (-0,5 %).

La baisse du volume d'activité en 2020 traduisait une baisse du taux de recours à l'hospitalisation publique et privée, la crise sanitaire ayant entraîné de nombreuses déprogrammations de soins. En 2021,

le taux de recours se rapproche de la normale, même si le transfert d'une partie de l'activité en hospitalisation complète vers l'ambulatoire pèse sur l'activité. En 2022, le nombre de séjours augmente aussi bien dans le secteur public que dans le privé, porté par le vieillissement de la population et une légère hausse du recours. Cependant, cette hausse du nombre de séjours ne s'accompagne pas d'une hausse globale du volume d'activité, par un effet de composition, les affections traitées les plus lourdes étant plutôt en recul. C'est le cas en particulier des hospitalisations pour affections respiratoires (qui comprennent les hospitalisations pour Covid-19 grave). Plus généralement, la part de séjours avec suppléments³, ainsi que le poids du supplément, diminuent en 2022, pesant sur la valorisation moyenne du séjour. Au final, le volume d'activité ralentit dans le secteur privé (+2,6 % en 2022 contre +8,5 % en 2021) et diminue dans le secteur public (-1,4 % en 2022 après +2,1 % en 2021). Plus précisément, le volume de soins reste en 2022 sensiblement en deçà de son niveau d'avant crise côté hôpital public, alors qu'il l'a dépassé dans les cliniques privées (graphique 1).

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, consommations 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 hôpitaux du secteur public sont composés des hôpitaux publics *stricto sensu*, des hôpitaux militaires

et des ESPIC ex-DG. Le secteur privé comprend les ESPIC ex-QQN et les établissements privés à but lucratif (annexe 2).

³ Un supplément est un complément de facturation au GHS (groupe homogène de séjour). Il valorise des actes hospitaliers spécifiques mis en œuvre lors la prise en charge du patient. Par exemple, le supplément « réanimation » est facturé dans le cas où un patient est pris en charge dans une unité de réanimation. Une baisse de la part de séjours avec supplément reflète ainsi une diminution de la gravité des séjours.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

En milliards d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	84,7	94,0	95,2	97,2	103,3	110,2	114,9
Évolution (en %)	2,5	1,7	1,3	2,2	6,2	6,7	4,3
Prix (en %)	0,1	0,7	0,1	1,8	13,6	3,0	4,8
Volume (en %)	2,4	1,0	1,1	0,4	-6,5	3,6	-0,5
Secteur public	64,8	72,2	73,0	74,5	79,8	84,9	88,7
Évolution (en %)	2,7	1,8	1,1	2,0	7,1	6,4	4,5
Prix (en %)	0,3	1,3	0,6	2,1	16,0	4,2	5,9
Volume (en %)	2,4	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,1	-1,4
Secteur privé	19,9	21,7	22,1	22,7	23,5	25,2	26,2
Évolution (en %)	2,0	1,4	1,9	2,6	3,3	7,6	3,6
Prix (en %)	-0,5	-1,4	-1,3	1,0	6,2	-0,9	1,0
Volume (en %)	2,5	2,8	3,3	1,6	-2,7	8,5	2,6

Note > Les indices de prix pour le secteur privé ont été révisés dans cette édition (correction d'une erreur sur le traitement de la garantie de financement pour l'année 2020 et de la révision du montant des remises (*annexe 4*)).

Lecture > En 2022, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 114,9 milliards d'euros. En 2022, elle augmente de 4,3 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du prix de 4,8 % et une baisse du volume de soins de 0,5 %.

Sources > CNAM, SAE, ATIH, DREES, comptes de la santé.

Un volume d'activité à l'hôpital public toujours inférieur au niveau pré-crise

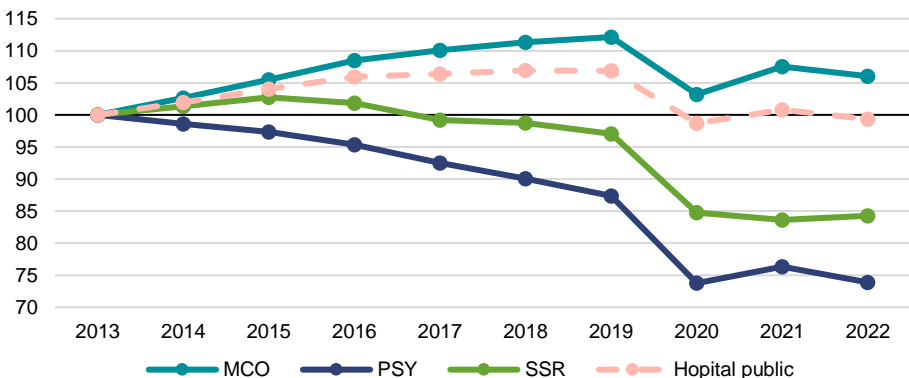
Les dépenses de soins hospitaliers dans le secteur public augmentent de 4,5 % en 2022 après +6,4 % en 2021 (*tableau 1*).

En revanche, le volume d'activité se replie un peu en 2022 (-1,4 % après +2,1 %), en raison de la baisse importante des prises en charge des affections de l'appareil respiratoire et des réanimations (*tableau 2*), du fait de la baisse du nombre et de la gravité des séjours Covid-19 en 2022 (moindre proportion de séjours avec passage en soins critiques).

En définitive, en 2022, les volumes d'activité demeurent inférieurs de 7,0 % à ceux de 2019. Avant le début de la crise épidémique, la croissance en volume avait déjà connu une inflexion en 2017 (+0,2 % en moyenne par an entre 2017 et 2019, contre +1,6 % par an entre 2013 et 2017). Ce fléchissement provenait d'un ralentissement des volumes de soins de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). De leur côté, les volumes en psychiatrie (PSY) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) diminuent 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 à l'occasion de la crise sanitaire.

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

Base 100 en 2013



Note > L'effet qualité spécifique Covid-19 (*encadré 1*) n'est pas intégré dans les évolutions en volume par domaine d'activité, mais seulement dans la série comprenant tout l'hôpital public.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution du volume d'activité en MCO à l'hôpital public et de ses principales composantes

En %

	Poids en 2022	Évolutions		
		2020	2021	2022
Total	100,0	-8,0	4,2	-1,4
dont :				
<i>affections de l'appareil circulatoire</i>	10,8	-10,9	5,4	-0,8
<i>affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif</i>	10,1	-16,0	7,0	2,3
<i>réanimations</i>	9,8	1,3	-3,2	-9,8
<i>affections de l'appareil respiratoire</i>	9,5	13,2	4,2	-9,3
<i>affections du tube digestif</i>	7,6	-14,3	6,4	0,0
<i>affections du système nerveux</i>	6,9	-9,1	1,9	-1,3
<i>séances</i>	6,4	-0,4	9,6	2,1
<i>grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum</i>	5,2	-3,4	2,5	-0,7
<i>facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé</i>	3,7	-11,6	4,2	1,7
<i>affections du rein et des voies urinaires</i>	3,6	-8,6	2,2	-0,1

Note > La somme des poids pour ce tableau est inférieure à 100 %, car, dans un souci de lisibilité, il ne porte que sur les dix premiers postes (sur 29) en termes d'activité. La majorité des séjours liés au Covid-19 sont comptabilisés au sein des affections de l'appareil respiratoire qui baissent de 9,3 % en 2022 et contribuent de 0,9 point à la baisse de l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) à l'hôpital public en 2022. Le reflux de l'épidémie contribue également à la baisse du nombre de journées en réanimation en 2022 (-9,8 %).

Lecture > L'activité en MCO baisse de 1,4 % en volume en 2022. Les affections de l'appareil circulatoire, qui représentent 10,8 % du volume économique en MCO en 2022, baissent de 0,8 % en volume cette année-là.

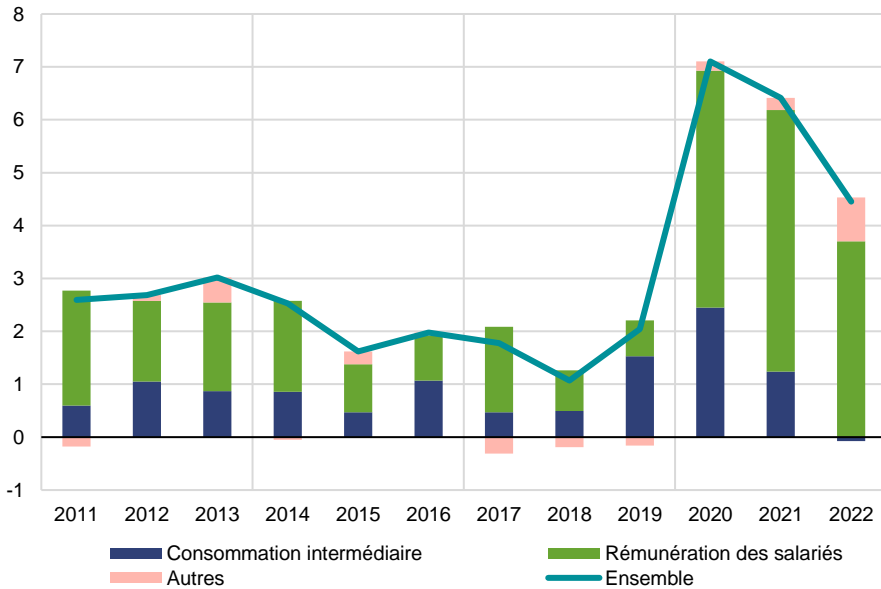
Source > DREES, comptes de la santé.

Les mesures de revalorisation du personnel du Sécur de la santé (*fiche 3*) et la revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 conduisent à une forte hausse de la rémunération des salariés à l'hôpital public de 2020 à 2022 (+5,5 % après +7,4 % en 2021 et +6,7 % en 2020). Ce dynamisme des rémunérations soutient de nouveau la croissance en valeur de la consommation des soins hospitaliers publics, malgré la faiblesse de l'activité en volume (*graphique 2*). En revanche, les consommations intermédiaires n'augmenteraient pas en 2022, selon les premières estimations disponibles (données provisoires, susceptibles de révisions),

notamment sous l'effet de la montée en charge des remises pharmaceutiques (en hausse de 460 millions d'euros), qui minorent les achats de médicaments, ainsi que de la diminution du nombre de masques mis à disposition par Santé publique France (en baisse de 390 millions d'euros). Plus généralement, la baisse de l'activité en volume contribue vraisemblablement à modérer les consommations intermédiaires. Au final, le prix de la dépense des hôpitaux publics augmente de nouveau en 2022, de +5,9 % (après +4,2 % en 2021 et +16,0 % en 2020).

Graphique 2 Contribution à l'évolution des soins hospitaliers publics en valeur

En %, en contribution en points de %



Source > Insee, comptes nationaux ; calculs DREES.

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 (voir 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 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 peuvent 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 partir de 2022, cette correction n'est plus nécessaire.

Dans cette édition 2023 des comptes de la santé, la source et la méthode du volume d'activité pour l'estimation de l'année provisoire (2022 dans cette édition) ont été revues pour la psychiatrie (PSY) et les soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'hôpital public. Le volume est désormais estimé à partir des données de l'ATIH, en calculant la variation du nombre de journées d'hospitalisation, pour les établissements présents sur les deux périodes. Cette méthode est également utilisée pour la composante PSY du secteur privé.

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. Depuis l'édition 2022 des comptes de la santé, la garantie de financement accordée aux cliniques privées dans le cadre de la crise sanitaire a été intégrée dans le champ de la CSBM – même si elle ne 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 (+4,9 points en 2020, -2,1 points en 2021 et +1,9 point en 2022).

La consommation des soins délivrés par les hôpitaux privés reste dynamique en 2022

En 2022, la consommation de soins fournis par le secteur hospitalier privé s'élève à 26,2 milliards d'euros. Elle augmente de 3,6 % après +7,6 % en 2021) [tableau 1]. Les soins hospitaliers du secteur privé comprennent, d'une part, les honoraires des praticiens libéraux exerçant en cliniques (ils représentent un peu moins de 30 % de la consommation, à 7,6 milliards d'euros en 2022) et, d'autre part, la rémunération des cliniques (18,5 milliards d'euros en 2022).

Les honoraires des praticiens libéraux, qui sont presque intégralement perçus par des médecins spécialistes (graphique 3), ralentissent en 2022, mais ils restent très dynamiques (+4,6 % après +10,5 % en 2021) [tableau 3].

La rémunération des cliniques ralentit également en 2022 (+3,2 % après +6,4 %). Hormis l'hospitalisation à domicile et les dotations, les différentes composantes de dépenses sont en hausse en 2022. Après une reprise spectaculaire au sortir de la crise sanitaire, les dépenses en MCO décélèrent nettement en 2022, mais elles continuent de croître (+1,8 % après +14,6 % en 2021). Cette évolution explique l'essentiel du ralentissement de l'activité des soins délivrés par les hôpitaux privés.

Les dépenses de psychiatrie, quant à elles, accélèrent en 2022 (+16,2 % après +8,8 %) effaçant ainsi la perte d'activité enregistrée en 2020. Cette hausse intervient dans un contexte où le mode de financement de l'activité a changé. Le financement aupa-

vant assuré par facturation directe des frais de séjours est remplacé par le versement d'une dotation annuelle.

La consommation de SSR continue d'augmenter en 2022 (+5,6 % après +10,2 % en 2021) et dépasse de plus de 10 % son niveau d'avant la crise.

Les dépenses des médicaments de la liste en sus sont très dynamiques, avec une hausse de 10,9 %, à la suite d'une année également fortement dynamique (+22,2 % en 2021). Comme en 2021, plus de 95 % de ces dépenses sont portées par les antinéoplasiques (ralentisseurs de développement des tumeurs) et les immunosuppresseurs (inhibiteur du système immunitaire).

L'hospitalisation à domicile est en léger repli en 2022 (-1,2 %) après deux années de forte hausse (+16,1 % en 2020, +11,5 % en 2021) ; la crise sanitaire ayant déporté une partie de l'activité vers le domicile.

Enfin, les dotations, qui incluent les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), l'incitation financière à la qualité (IFAQ), le coefficient prudentiel et la garantie de financement, baissent de nouveau légèrement en 2022 après une forte baisse en 2021. Une partie des versements exceptionnels versés en MIGAC en 2020 lors de la première phase de la crise sanitaire n'ont pas été reconduits. À l'inverse, la garantie de financement, qui assure aux cliniques privées une prise en charge de l'activité de soins au moins équivalente à celle observée en 2019 est reconduite pour la troisième fois en 2022. Les montants versés au titre de la garantie s'élèvent à 504 millions d'euros, après 522 millions en 2021 et 1 150 millions en 2020.

Tableau 3 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé de 2020 à 2022

	Niveaux (en millions d'euros)			Répartition en 2022 (en %)	Évolutions (en %)		
	2020	2021	2022		2020	2021	2022
Honoraires des praticiens	6 614	7 310	7 644	29,2	-5,6	10,5	4,6
Rémunérations des cliniques	16 859	17 938	18 519	70,8	7,3	6,4	3,2
MCO	7 697	8 822	8 977	34,3	-7,9	14,6	1,8
PSY	817	890	1 034	4,0	-2,7	8,8	16,2
SSR	2 443	2 693	2 844	10,9	-2,3	10,2	5,6
Hospitalisation à domicile	757	844	834	3,2	16,1	11,5	-1,2
Médicaments en sus	560	679	753	2,9	14,1	21,2	10,9
Dispositifs médicaux en sus	851	955	1 018	3,9	-10,3	12,2	6,6
Forfaits et assimilés ¹	763	777	801	3,1	-1,5	1,8	3,2
Dialyse	908	969	992	3,8	6,1	6,8	2,3
Dotations ²	2 063	1 310	1 266	4,8	n.s.	-36,5	-3,3
Secteur privé	23 473	25 249	26 163	100,0	3,3	7,6	3,6

n.s. : non significatif.

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

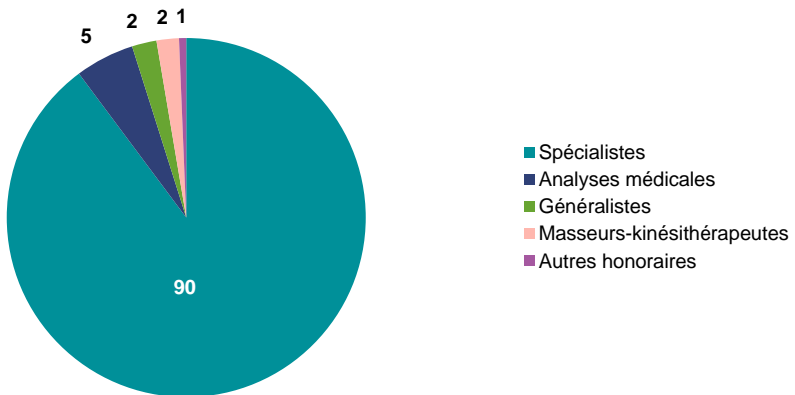
2. MIGAC, IFAQ, coefficient prudentiel et garantie de financement.

Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Répartition des honoraires versés en 2022 par type de praticiens libéraux en cliniques privées

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Retour à une répartition du financement d'avant la crise

La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (*tableau 4*). En 2022, elle prend en charge 92,9 % de la dépense de soins hospitaliers publics et 90,5 % de celle du secteur privé. Cette part diminue de 0,3 point pour le secteur public en 2022 et augmente de 0,3 point pour le secteur privé. Les autres acteurs financent une part nécessairement beaucoup plus faible des soins hospitaliers :

entre 3 % et 5 % selon le secteur pour les organismes complémentaires, autour de 1 % pour l'État (AME) et dépenses au titre des anciens combattants).

Le reste à charge des ménages représente, en 2022, 1,5 % de ces dépenses pour les soins hospitaliers publics. Il est en hausse par rapport à 2021 de 0,7 point, revenant ainsi à son niveau d'avant crise. Le reste à charge en secteur privé est sensiblement plus élevé, à 6,5 % en 2022. ■

Tableau 4 Financement des dépenses de soins hospitaliers en 2022

Niveaux en millions d'euros, parts en %

	Secteur public				Secteur privé			
	Niveaux 2022	Part en 2020 (en %)	Part en 2021 (en %)	Part en 2022 (en %)	Niveaux 2022	Part en 2020 (en %)	Part en 2021 (en %)	Part en 2022 (en %)
Sécurité sociale	82 364	92,5	93,1	92,9	23 678	89,9	90,2	90,5
État	1 020	2,1	1,5	1,1	88	0,9	0,4	0,3
Organismes complémentaires	3 993	4,8	4,6	4,5	695	3,0	2,9	2,7
Ménages	1 323	0,5	0,8	1,5	1 702	6,1	6,6	6,5
Total	88 700	100,0	100,0	100,0	26 163	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** (à paraître). *Rapport annuel 2023*.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2022, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2022, prévisions 2023*.
- > 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 2021, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué de perturber fortement l'activité hospitalière. Après la nette baisse d'activité de 2020, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi (+26,3 %), tout comme celui des séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée, +3,3 %). Ces hausses n'ont toutefois pas permis de retrouver les niveaux d'activité observés avant 2020. Le nombre de passages aux urgences a également fortement augmenté (+12,2 %), sans renouer pour autant avec les niveaux atteints en 2019. Le secteur public offre 73 % des capacités d'accueil et concentre 85 % des 1,4 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 cabinet 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 et d'activité.

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 2021, 12,7 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines, un nombre en nette progression après la forte baisse de 2020 (+8,9 % après -9,8 % en 2020). Leur hospitalisation comporte très majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un ou de deux séjours successifs (un séjour en MCO suivi d'un séjour en SSR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les trois disciplines comme les deux grands secteurs juridiques (public et privé) ont des modalités de prise en charge spécifiques, qui peuvent être notamment réalisées en hospitalisation complète (séjour avec nuitées) ou en hospitalisation partielle (séjour sans nuitée).

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète a augmenté en 2021 (+3,3 %), sans toutefois retrouver le niveau observé en 2019. L'activité a davantage augmenté dans le secteur public (+3,5 %) que dans le secteur privé (+2,3 %).

La progression est significative aussi bien en MCO (+3,7 %) qu'en psychiatrie (+4,3 %).

En revanche, le repli de l'activité se poursuit en SSR (-1,8 %) et en soins de longue durée (SLD) [-5,2 %]. Le nombre de journées d'hospitalisation partielle a beaucoup plus nettement rebondi (+26,3 %), à la fois dans le secteur public (+26,8 %) et le secteur privé (+25,6 %). En MCO, l'activité partielle retrouve, en 2021, un niveau supérieur à celui de 2019 et conserve, sur l'ensemble des années 2020 et 2021, un rythme de progression proche de celui constaté avant la crise sanitaire (+3,3 % par an en moyenne). En revanche, les hausses constatées en SSR (+41,2 %) et en psychiatrie (+23,8 %) ne compensent que partiellement les baisses observées en 2020.

La structure des activités des établissements de santé continue de se différencier selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge.

Le secteur public offre 71 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle et 74 % 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 (66 %). 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 61 % des places en MCO, 92 % en PSY et 59 % en SSR. Les cliniques privées recourent toutefois davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, notamment en chirurgie, si bien que le secteur privé réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne représente que 39 % des places. Tous secteurs confondus, les trois grandes disciplines se distinguent par leur durée

moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète : de 5,6 jours en MCO, elle atteint 30,9 jours en PSY et 33,0 jours en SSR. Comme en 2020, 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 2021, le nombre de lits recule à un rythme proche de celui observé avant la crise sanitaire

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 2021, le nombre total de lits d'hospitalisation complète recule à un rythme proche de celui observé avant la crise sanitaire (-1,0 %, contre -0,9 % par an en moyenne sur la période 2013-2019), principalement en MCO. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. En revanche, le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente plus rapidement en 2021 qu'avant la crise sanitaire (+3,4 %, 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 2021

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	58 895	23 529	82 424	260 534	91 915	352 449
MCO	21 568	14 068	35 636	152 894	42 423	195 317
PSY	27 284	2 519	29 803	38 986	14 647	53 633
SSR ¹	10 043	6 942	16 985	68 654	34 845	103 499

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

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

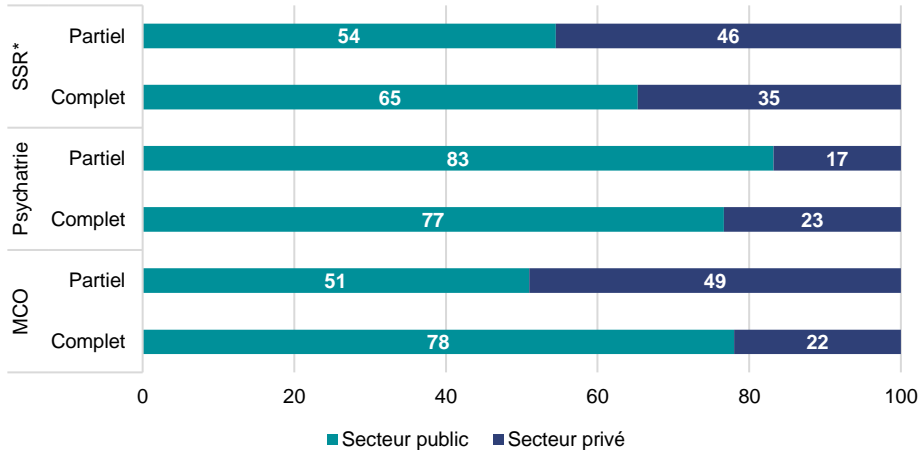
Note > Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.

Champ > France, y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2021, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2021

En %



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

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

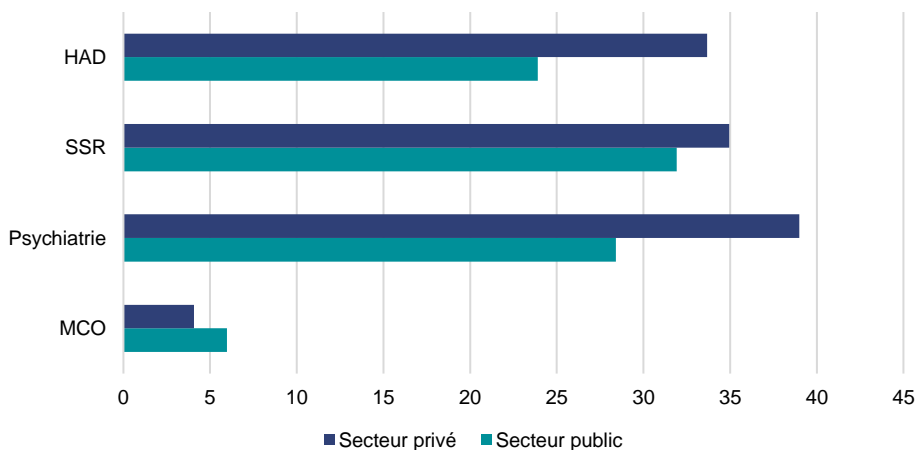
Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ > France, y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2021

En jours



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ;

HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France, y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2021, traitements DREES, pour l'activité de MCO, de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie.

L'hospitalisation à domicile continue de progresser

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. L'HAD continue de se développer en 2021, mais à un rythme un peu ralenti, contre-coup de la forte accélération constatée en 2020. Le nombre de séjours d'HAD a progressé en 2021 (+3,7 % après +15,8 % en 2020), tout comme le nombre de journées associées (+2,5 % après +10,5 % en 2020). En 2021, 22 800 patients peuvent ainsi être pris en charge simultanément en HAD.

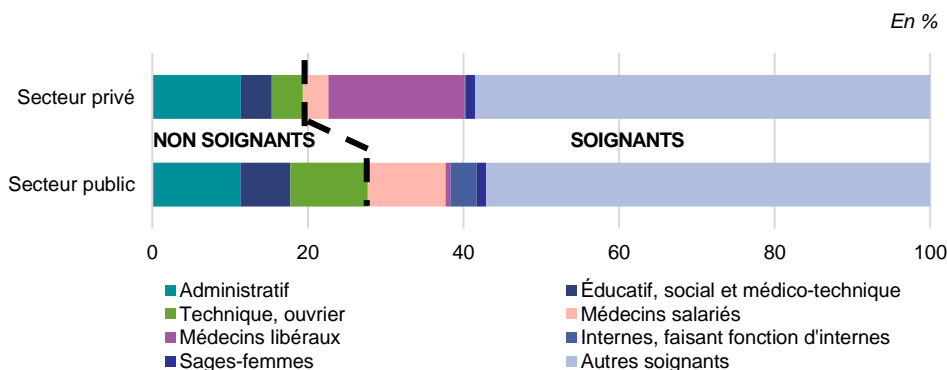
Après un ralentissement en 2020, les alternatives à l'hospitalisation classique retrouvent leur dynamisme : 14,9 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2021, en hausse de 4,5 % par rapport à 2020. Ce rebond n'efface pas complètement les effets du net ralentissement observé en 2020 (+0,7 %), en raison notamment de la stagnation du nombre de séances de chimiothérapie et de la baisse du nombre de séances de radiothérapie. Enfin, en 2021, les 693 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,4 millions de passages, soit une hausse de 12,2 % par rapport à 2020. Cette augmentation ne compense que partiellement la diminution historique observée en 2020 (-17,3 %), qui s'expliquait directement par la crise sanitaire.

Davantage de personnel non soignant dans le secteur public

Le secteur public concentre 85 % des 1,4 million de postes du personnel hospitalier en 2021. La structure des postes du secteur public diffère de celle du privé sur trois aspects principaux. D'une part, les postes de personnels soignants sont composés de 26 % de postes de médecins dans le secteur privé, contre 19 % dans le secteur public, où le personnel soignant comprend une plus grande proportion de postes d'infirmiers et d'aides-soignants (*graphique 3*). D'autre part, les médecins du secteur public sont presque exclusivement salariés, tandis que leurs confrères du secteur privé sont très majoritairement libéraux.

Enfin, les postes de personnels non soignants représentent 28 % 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 11 %).

Graphique 3 Structure des postes hospitaliers en 2021



Note > Dans la légende, la catégorie « Autres soignants » regroupe le personnel d'encadrement du personnel soignant hors médecins (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'acquies 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 le SSA.

Source > DREES, SAE 2021, traitement DREES.

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 succédé (plans « Hôpital 2007 », « Hôpital 2012 », « Ma santé 2022 » avec notamment le « Plan d'urgence 2019 » et le « Ségur de la santé » en 2020) afin de restructurer le parc, de moderniser les équipements et de renforcer l'attractivité des métiers.

La principale source de financement des hôpitaux publics est l'AM¹ (78 % 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). Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux

publics en 2020, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021. Le déficit global de leur résultat net atteint 415 millions d'euros, après 92 millions en 2020. L'effort d'investissement repart légèrement à la hausse en 2021, en raison notamment des engagements décidés lors du Ségur de la santé. Les investissements représentent 4,7 % des recettes (4,4 % en 2020), un ratio proche de celui observé en 2018 et 2019. Le ratio d'indépendance financière⁴ (part des dettes au sein des capitaux permanents) diminue pour la troisième année consécutive et passe de 51,1 % en 2020 à 46,8 % en 2021 : la baisse amorcée en 2019 se confirme, en rupture avec la hausse continue observée de 2005 à 2018. Ces améliorations plus marquées en 2021 sont dues aux mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement poursuit sa reprise amorcée en 2019 et atteint 5,4 % des recettes en 2021. Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 32,5 % des capitaux permanents en 2021, se replie de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %).

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

au personnel hospitalier dans le cadre de l'épidémie et majoration des heures supplémentaires de 50 % pendant la crise [Gonzalez, *et al.*, 2021 ; Toutlemonde, 2023]).

⁴ 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.

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.

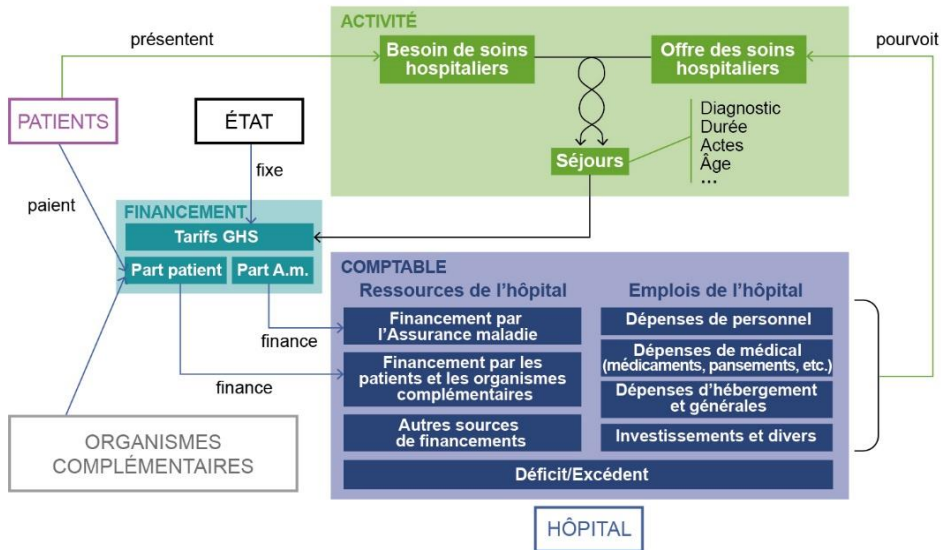
² La hausse de la participation de l'AM de 3 points par rapport à 2019 (75 %) provient principalement des crédits de dotations exceptionnels et du dispositif de garantie de financement mis en place pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte sanitaire exceptionnel (Toutlemonde, 2023).

³ La part des dépenses de personnel dans les charges reste stable en 2021, mais a augmenté 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

(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 affectation de longue durée (ALD), 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 (voir 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 % x TJP x durée ; FJH x durée) + FJH	Aucun	Aucun
	Privé	80 % du tarif de référence privé	max(20% x tarif de référence privé ; FJH x durée) + FJH	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient avec séjour comprenant un acte coûteux (hors patient en ALD)	Public	100 % du tarif de référence public - part patient	24 € + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	24 € + FJH x (durée + 1)	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient en ALD ou en invalidité	Public	100 % du tarif de référence public - part patient	FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	FJH x (durée + 1)	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires
Patient en maternité ou en 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, *DREES Méthodes*, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2022, juillet). *Les établissements de santé – Édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). *Les établissements de santé en 2021*. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.

Les soins ambulatoires

La consommation de soins courants de médecins généralistes et spécialistes en ville s'élève respectivement à 10,8 et 14,2 milliards d'euros en 2022. Après un fort rebond de l'activité des médecins en 2021, les dépenses de soins de médecins ralentissent mais poursuivent leur progression : elles augmentent de 3,8 % pour les généralistes et de 4,1 % pour les spécialistes en 2022.

En 2022, l'effectif des médecins généralistes sur le territoire continue de diminuer et passe sous la barre des 100 000 pour la première fois en dix ans.

Le taux de reste à charge des ménages est globalement plus bas pour les médecins généralistes que pour les spécialistes. En 2022, la part prise en charge par les ménages augmente de 0,3 point pour les dépenses de généralistes et de 0,2 point pour les spécialistes.

La consommation de soins courants de médecins généralistes et spécialistes en hausse

La consommation de soins courants de médecins généralistes retrouve son niveau d'avant la crise

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 2022, à 10,8 milliards d'euros, soit 4,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (*tableau 1*). Les soins de médecins généralistes accélèrent en 2022 (+3,8 % en valeur, après +2,7 % en 2021).

En 2021, le rebond de l'activité des médecins généralistes (+4,3 % en volume) n'avait pas totalement compensé la forte baisse liée à la crise sanitaire (-5,3 % en 2020) [*graphique 1*]. En 2022, la croissance des soins en volume reste dynamique (+3,3 %). Le volume de soins courants de médecins généralistes dépasse ainsi, en 2022, le niveau atteint en 2019 avant la crise sanitaire (*graphique 2*). Le prix des soins courants de médecins généralistes rebondit en 2022 (+0,5 % après -1,6 %, un recul qui

s'expliquait par la fin de dispositif d'indemnisation pour perte d'activité² [DIPA]), contribuant également à l'accélération de la croissance des soins en valeur.

La consommation de soins de médecins spécialistes ralentit en 2022

La consommation de soins courants de médecins spécialistes en ville (en cabinets libéraux ou en dispensaires, hors cliniques privées, dans son acceptation large) s'élève à 14,2 milliards d'euros en 2022, soit 6,0 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Après un très fort rebond en 2021, les soins de spécialistes continuent de progresser mais plus modérément en 2022 (+4,1 % en valeur, après +9,8 %).

Contrairement aux médecins généralistes, le niveau d'activité des spécialistes en volume dépasse son niveau d'avant crise dès 2021 sous l'effet d'un bond des actes techniques (+14,1 % en valeur en 2021 après -5,7 % en 2020) [*graphique 2*]. En 2022, le volume de soins courants des spécialistes ralentit mécaniquement (+2,3 % après +11,4 % en 2021) [*graphique 1*]. Comme pour les généralistes, les prix des soins de médecins spécialistes rebondissent en 2022 (+1,8 % après -1,4 %, lié à la fin du DIPA). Ce redémarrage des prix atténue le ralentissement de la consommation de soins en valeur.

¹ Depuis l'édition 2022, le périmètre des soins de médecins dans les comptes de la santé a été révisé (*voir annexe 2*) afin de se conformer aux définitions internationales. 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 soins de prévention (injection de vaccin contre le Covid-19) en sont exclus et comptabilisés dans

le poste « Prévention » de la dépense courante de santé (DCS). Ces dépenses sont présentées dans le tableau 4.

² Les montants versés en 2020 au titre du DIPA sont comptabilisés comme un pur effet prix. L'extinction du dispositif en 2021 induit donc, toutes choses égales par ailleurs, un recul des prix des soins des professionnels de santé.

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

En millions d'euros

a. Médecins généralistes

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins courants	9 509	10 233	10 415	10 525	10 169	10 438	10 835
Honoraires	8 597	9 172	8 463	8 401	7 756	8 097	8 285
Contrats et assimilés ¹	378	477	1 390	1 540	1 668	1 780	1 932
Prise en charge des cotisations	535	585	562	584	569	559	618
DIPA ²					176	4	0
Évolution (en %)	0,7	0,7	1,8	1,1	-3,4	2,7	3,8
Prix (en %)	0,5	4,9	2,9	0,0	2,0	-1,6	0,5
Volume (en %)	0,2	-4,0	-1,1	1,1	-5,3	4,3	3,3

b. Médecins spécialistes

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins courants	10 751	12 132	12 380	12 789	12 416	13 632	14 197
Honoraires	10 089	11 493	11 759	12 093	11 397	12 855	13 285
Contrats et assimilés ¹	103	48	62	99	144	190	267
Prise en charge des cotisations	559	592	558	597	589	578	642
DIPA ²					287	9	3
Évolution (en %)	0,9	2,4	2,0	3,3	-2,9	9,8	4,1
Prix (en %)	0,5	1,4	1,9	1,0	3,1	-1,4	1,8
Volume (en %)	0,4	0,9	0,1	2,3	-5,9	11,4	2,3

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).

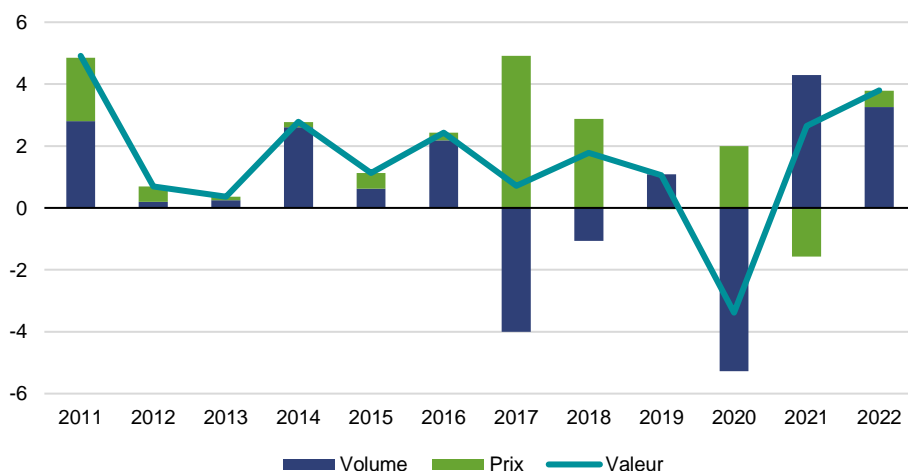
2. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (fiche 2).

Lecture > En 2022, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 14 197 millions d'euros, dont 267 millions d'euros de contrats et assimilés versés par la Sécurité sociale et 642 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix à la consommation.

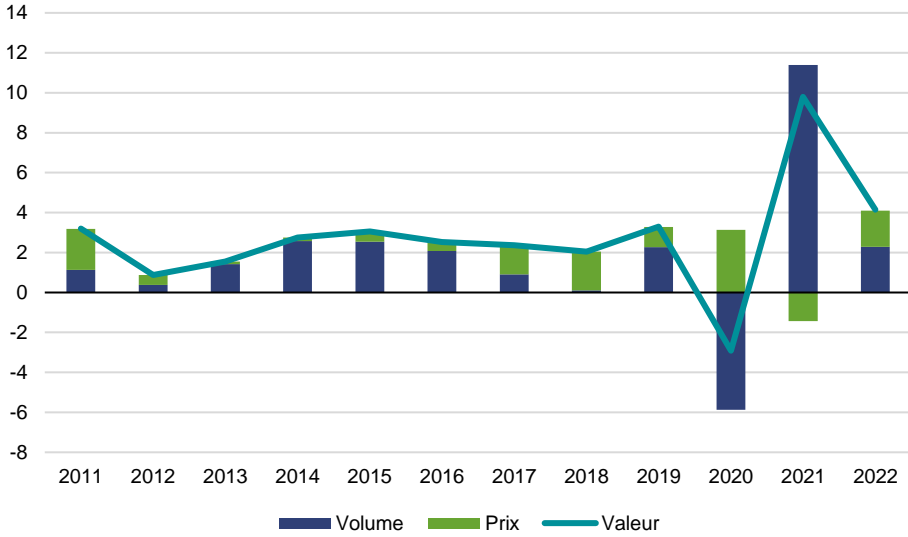
Graphique 1 Évolution de la consommation des soins de médecins**a. Médecins généralistes**

En %



b. Médecins spécialistes

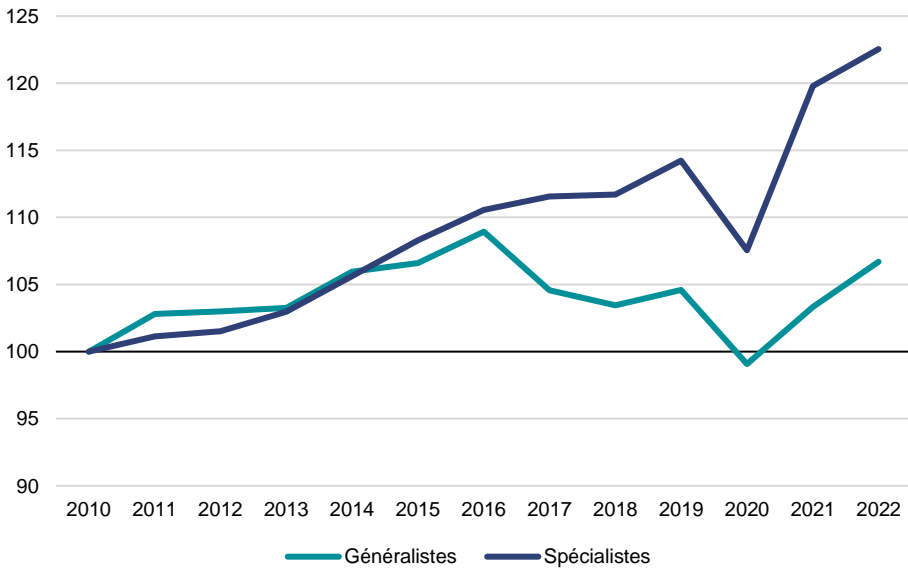
En %



Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix à la consommation.

Graphique 2 Les soins de médecins en volume

Niveau – Base 100 en 2010



Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix à la consommation.

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

Pour les médecins généralistes, les honoraires versés au titre de la consultation (hors téléconsultation) et des visites constituent la plus grande part de la consommation de soins (68,1 % en 2022) [graphique 3]. Viennent ensuite les contrats et forfaits (17,8 %), les prises en charge de cotisations (5,7 %), les actes techniques (5,6 %) et les téléconsultations (2,7 %).

La part des consultations et des visites recule ces dernières années au profit des contrats. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les médecins généralistes s'élève ainsi à 733 millions d'euros en 2022, contre 263 millions d'euros, cinq ans auparavant, en 2017. Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) représente une enveloppe de 897 millions d'euros en 2022, versés aux médecins généralistes (contre 902 millions en 2021). Néanmoins, les consultations demeurent, en 2022, les premiers contributeurs à la croissance des dépenses des médecins généralistes (+2,8 points), suivies des contrats et forfaits (+1,5 point). Après avoir fortement progressé en 2020 lors de la crise sanitaire, la part des téléconsultations baisse de nouveau légèrement mais semble se stabiliser en 2022 (2,7 % après 2,9 % en 2021).

Alors que les consultations constituent la principale composante des dépenses pour les médecins généralistes, ce sont les actes techniques qui constituent la plus grande partie de la dépense de médecins spécialistes : 64,6 % du total en 2022, contre 20,8 % pour les consultations.

La part des actes techniques n'a cessé d'augmenter depuis dix ans (+2 points par rapport à 2012) au détriment des consultations. Les actes techniques constituent, en 2022, le principal contributeur à la croissance des dépenses de soins de médecins spécialistes.

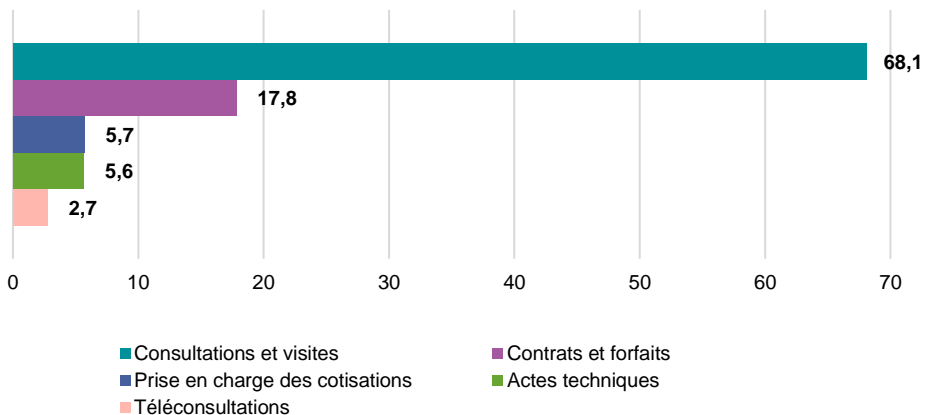
Bien qu'ils représentent moins de 2 % du total, les contrats et forfaits augmentent d'un peu plus de 40 % en 2022, contribuant ainsi à hauteur de 0,6 point à la croissance des soins de spécialistes. Ces dépenses englobent la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), le forfait patientèle médecin traitant (8 millions d'euros en 2022 comme en 2021), ainsi que les permanences de soins et autres contrats. Ces rémunérations progressent sous l'effet du développement de la ROSP (168 millions d'euros en 2022 après 138 millions d'euros en 2021), mais aussi de la montée en charge des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [financement à hauteur de 55 millions d'euros en 2022 après 13 millions d'euros en 2021] (tableau 2).

En 2022, la ROSP augmente la rémunération moyenne des médecins spécialistes, tandis que celle-ci est globalement stable pour les médecins généralistes.

Graphique 3 Structure de la dépense de soins courants des médecins en 2022

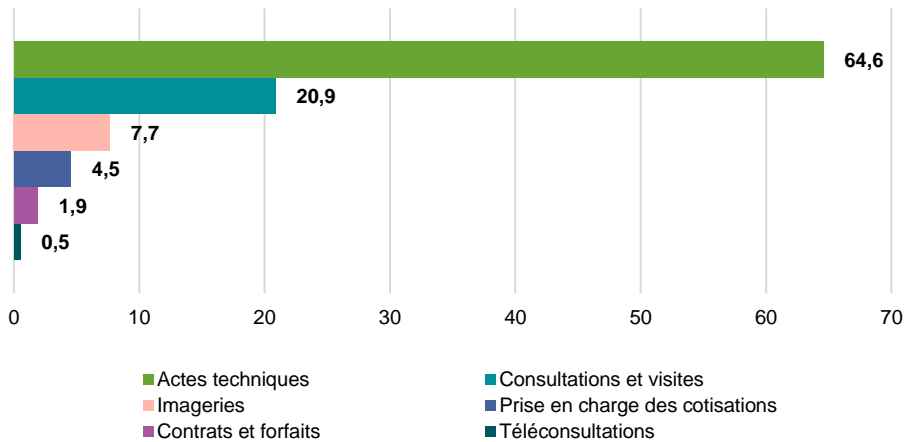
a. Médecins généralistes

En %



b. Médecins spécialistes

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Montants des contrats et assimilés en 2022

En millions d'euros

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes
Contrats et assimilés	1 932	267
FPMT – Forfait patientèle médecin traitant	897	8
ROSP – Rémunération sur objectifs de santé publique	733	168
CPTS – Communautés professionnelles territoriales de santé	30	55
Autres contrats	272	37

Note > Les autres contrats contiennent les incitations à l'implantation dans certaines zones démographiques, certaines dépenses du fonds d'intervention régional (FIR) relatives à la permanence des soins et à l'amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire (mission 3 du FIR) et de dépenses forfaitaires (contraception et maladie sexuellement transmissible).

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépassements d'honoraires de nouveau en baisse chez les généralistes

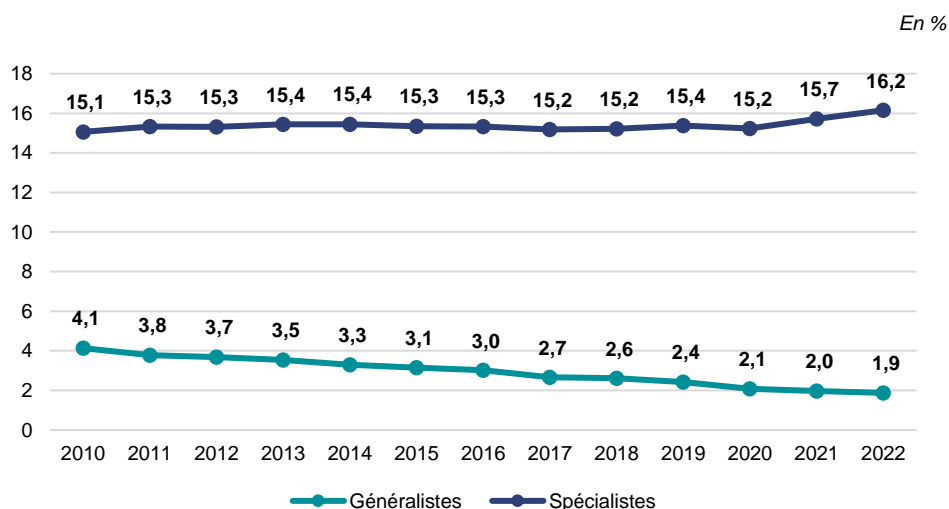
Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (1,9 % en 2022) [graphique 4]. Ils sont en repli depuis plusieurs années sous l'effet du durcissement des conditions d'accès au secteur 2 pour les nouveaux médecins généralistes. Alors que le nombre de généralistes diminue faiblement depuis dix ans (-0,6 % par an en moyenne entre 2012 et 2022¹), le nombre de généralistes en secteur 2 baisse fortement (-7,4 % par an en moyenne entre

2012 et 2022) ; la part de généralistes en secteur 2 est ainsi passée de 10 % à 5 % en dix ans.

À l'inverse, les dépassements d'honoraires continuent de représenter une part importante des honoraires des médecins spécialistes libéraux (16,2 % en 2022). Après une quasi-stabilité de 2011 à 2020 (15,3 % en moyenne sur la période), la part des dépassements augmente depuis trois ans (+0,4 point en 2022 après +0,5 point en 2021). Depuis 2012, le nombre de médecins spécialistes pratiquant des honoraires libres est dynamique (+2,5 % par an en moyenne entre 2012 et 2022, contre +0,2 % pour l'ensemble des spécialistes) : la part des spécialistes pratiquant des honoraires libres est ainsi passée de 42 % à 53 % entre 2012 et 2022.

¹ Le champ retenu recouvre les médecins en activité sur l'année 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 4 Part des dépassements dans les honoraires des médecins

Lecture > En 2022, les dépassements représentent 16,2 % des honoraires des spécialistes libéraux.

Source > DREES, comptes de la santé.

Des évolutions contrastées des effectifs des médecins en 2022

Au 1^{er} janvier 2022, 228 900 médecins exercent en France, dont 44 % sont généralistes et 56 % spécialistes. La part des généralistes poursuit sa tendance à la baisse (-0,5 point en 2021 après -0,4 point en 2020).

Poursuite de la baisse du nombre de médecins généralistes

Les effectifs de médecins généralistes baissent de nouveau en 2022 (-0,7 % en 2021 en 2022) [tableau 3]. Cette diminution concerne l'ensemble des modes d'exercice des médecins généralistes, mais elle est plus importante pour les médecins en exercice libéral ou mixte. En 2021, les autres salariés (principalement des médecins exerçant en centre de

santé) constituaient le seul mode d'exercice en croissance, mais leur nombre diminue en 2022 (-1,0 % après +0,9 % en 2021). Les départs à la retraite de médecins généralistes ne sont pas compensés par l'arrivée de nouveaux médecins.

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

Les effectifs de médecins spécialistes augmentent de nouveau en 2022 (+1,3 % après +1,1 % en 2021). Entre 2012 et 2022, leur nombre a progressé de 1,2 % par an en moyenne. En 2022, l'augmentation du nombre de médecins spécialistes est surtout portée par les médecins salariés et en particulier par les médecins hospitaliers (+2,4 %).

Tableau 3 Effectifs de médecins par mode conventionnel

a. Médecins généralistes

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 21/22 (en %)	Structure 2022 (en %)
Ensemble	101 400	101 800	101 900	101 400	101 400	100 600	99 900	-0,7	100
Salariés hospitaliers	17 000	18 600	19 000	19 200	19 200	19 000	18 900	-0,5	19,0
Libéraux et mixtes	68 900	67 600	67 400	66 800	66 600	65 900	65 500	-0,6	65,5
Autres salariés	15 600	15 500	15 500	15 500	15 500	15 700	15 500	-1,0	15,5

b. Médecins spécialistes

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 21/22 (en %)	Structure 2022 (en %)
Ensemble	114 500	122 000	123 100	123 700	125 900	127 300	128 900	1,3	100
Salariés hospitaliers	43 900	49 600	50 500	50 800	51 600	52 600	53 900	2,4	41,8
Libéraux et mixtes	59 700	61 000	60 900	60 900	62 000	62 000	62 000	0,1	48,1
Autres salariés	11 000	11 500	11 700	12 000	12 300	12 700	13 000	2,1	10,1

Lecture > Au 1^{er} janvier 2022, 99 900 médecins généralistes exercent en France, dont 65 500 médecins libéraux et mixtes et 18 900 médecins salariés hospitaliers.

Source > DREES, RPPS 2012-2022, calculs DREES.

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

En 2022, la Sécurité sociale finance 79,8 % de la consommation de soins des médecins généralistes (*tableau 4*)¹, l'État (AME, prise en charge des dépenses des anciens combattants) 0,3 %², et les organismes complémentaires 14,6 %. Les ménages prennent en charge les 5,4 % restants, soit 585 millions d'euros en 2022. Cette part augmente légèrement (+0,2 point).

Entre 2012 et 2022, la part financée par la Sécurité sociale et l'État augmente de 5,3 points, tandis que les parts financées par les organismes complémentaires et les ménages ont baissé respectivement de 2,0 et 3,2 points. La hausse de la part des contrats et des rémunérations forfaitaires dans la rémunéra-

tion des médecins généralistes contribue notamment à cette augmentation du financement par la Sécurité sociale.

La consommation de soins des médecins spécialistes est prise en charge à hauteur de 69,6 % par la Sécurité sociale, 0,3 % par l'État et 19,8 % par les organismes complémentaires. Après avoir atteint un point bas en 2020 à 9,2 %, la part des ménages dans le financement augmente en 2021 et 2022, pour s'établir à 10,4 %.

Ainsi, les ménages financent une part supérieure pour les soins de médecins spécialistes par rapport aux soins de médecins généralistes.

Comme pour les généralistes, le reste à charge des ménages pour les spécialistes a baissé en dix ans (-1,0 point) [*graphique 5*].

Tableau 4 Répartition des dépenses des médecins par type de financeur en 2022

En millions d'euros

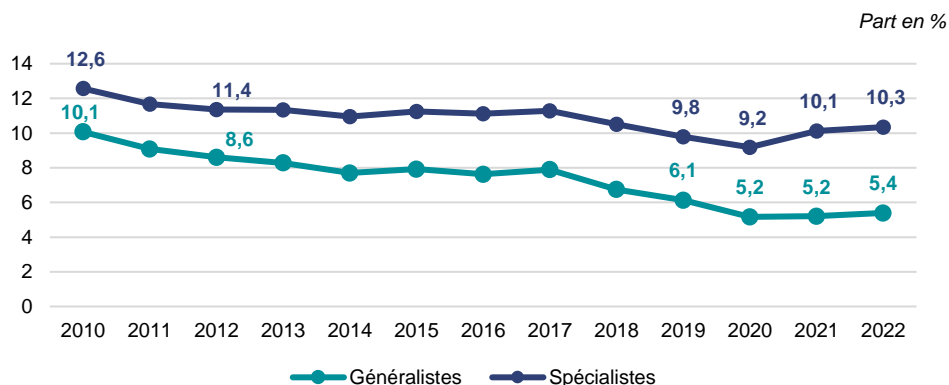
En 2022	Généralistes		Spécialistes	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 642	79,8	9 885	69,6
État	27	0,3	38	0,3
Organismes complémentaires	1 581	14,6	2 807	19,8
Ménages	585	5,4	1 468	10,3
Ensemble	10 835	100,0	14 197	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Le financement des dépenses des médecins a été révisé (voir annexe 3 « Les révisions de l'édition 2022 des comptes de la santé »).

² 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

(voir annexe 2). La part prise en charge par l'Assurance 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 1,0 % en 2020 à 0,3 % pour les spécialistes).

Graphique 5 Évolution de la part du RAC des ménages entre 2010 et 2022

Source > DREES, comptes de la santé.

La part des injections Covid réalisées en cabinet libéral augmente pour les généralistes et les spécialistes

Les dépenses de prévention prodiguées par les médecins au titre des injections de vaccins¹ contre le Covid-19 s'élèvent, en 2022, à 96 millions d'euros (tableau 5). La très grande majorité de cette dépense a été effectuée par les généralistes,

essentiellement en cabinet libéral (87 % des injections), le reste des injections ayant été réalisées en centre de vaccination.

Les vaccinations ont été intégralement prises en charge par l'Assurance maladie. 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. ■

Tableau 5 Les dépenses de prévention des médecins en 2022

En millions d'euros

	2021	2022
Prévention	569	96
Injection de vaccin contre le Covid-19 par des généralistes	545	93
Dont injection en centre de vaccination	172	12
Dont injection à l'acte	372	81
Injection de vaccin contre le Covid-19 par des spécialistes	24	3
Dont injection en centre de vaccination	12	1
Dont injection à l'acte	12	2

Note > Les injections de vaccins contre le Covid-19 par les généralistes représentent 93 millions d'euros en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Davin-Casalena, B., Scronias, D., et al. (2023, mai). Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. DREES, *Études et Résultats*, 1267.
- > Kamionka, J., Bergeat, M. (2022, décembre). Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1249.
- > Dixte, C., Vergier, N. (2022, mars). Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1233.

¹ Depuis l'édition 2022 des comptes de la santé, les dépenses de prévention réalisés par les médecins ne sont plus comptabilisées au sein de la CSBM. Les dépenses de prévention des médecins au titre de la vaccination

complètent ainsi le champ de la consommation de soins courants retracée au sein du tableau 1. On ne retient ici que l'acte de vaccination, pas le vaccin en lui-même.

La consommation de soins courants de sages-femmes en ville, exerçant au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, s'élève à 552 millions d'euros en 2022. Elle croît très rapidement, en moyenne de 10,5 % par an au cours des dix dernières années avec la croissance des effectifs libéraux, liée au transfert en ville de la prise en charge après l'accouchement et à l'extension du champ de compétences des sages-femmes.

Le nombre de sages-femmes progresse régulièrement et s'accompagne d'une recomposition de l'hôpital vers l'activité libérale.

Le reste à charge des ménages est très faible sur ce poste : les ménages financent 2,7 % de la dépense de soins de sages-femmes en 2022.

La consommation de soins courants de sages-femmes reste très dynamique en 2022

En 2022, la consommation de soins courants¹ de sages-femmes s'élève à 552 millions d'euros (tableau 1), soit 0,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Bien qu'en fort ralentissement, elle augmente en 2022 à un rythme élevé (+7,6 % en valeur après +14,8 %).

Cette croissance des dépenses est essentiellement portée par les volumes (+6,2 %) [graphique 1]. Dans une moindre mesure, elle s'explique aussi par une hausse de prix (+1,3 %) liée à l'entrée en vigueur, en mars 2022, de l'avenant n° 5 de la convention des sages-femmes qui crée deux nouveaux actes de télésanté pour les sages-femmes : les consultations à distance et les actes de télé-expertise.

Depuis 2012, les dépenses de soins courants de sages-femmes s'accroissent en moyenne de 10,5 % par an, un rythme de croissance bien plus rapide que celui observé pour les autres praticiens en libéral. Cette hausse de la consommation est d'abord due au virage libéral qui vise à transférer en ville le suivi médical après l'accouchement, afin de réduire la durée du séjour en maternité. La mise en œuvre,

en 2013, du programme de retour à domicile organisé (PRADO) instaure notamment deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance.

Les sages-femmes ont aussi vu leur champ de compétences s'élargir ces dernières années. La loi du 26 janvier 2016 accroît en effet leur périmètre en termes d'examen post-natal et leur permet de prescrire des IVG médicamenteuses ainsi que des vaccinations. Depuis 2021, elles peuvent prescrire des dépistages d'infections sexuellement transmissibles à leurs patientes et à leurs partenaires ainsi que les traitements de ces infections. La durée des arrêts de travail qu'elles peuvent prescrire a été étendue au-delà de 15 jours.

Ces deux facteurs de hausse ont une incidence sur la consommation de soins de sages-femmes bien supérieure à celle induite par la baisse de la natalité en France. En 2022, 723 000 bébés sont nés en France, contre 821 000 en 2012, soit une baisse de 1,3 % par an en moyenne.

Par ailleurs, les dépenses d'injections du vaccin contre le Covid-19 réalisées par les sages-femmes, comptabilisées au sein des dépenses de prévention dans la DCSI, s'élèvent à 2 millions d'euros en 2022, contre 7 millions en 2021.

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes

En millions d'euros

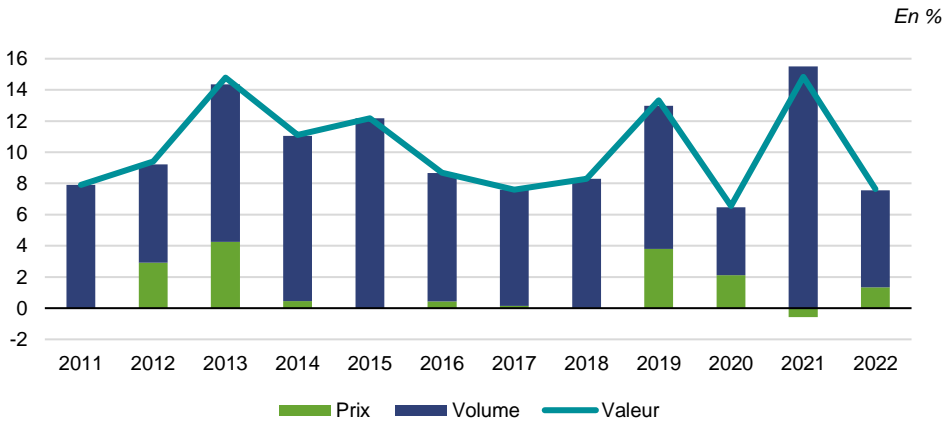
	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins courants	204	341	370	419	446	512	552
Honoraires et assimilés	190	320	346	390	412	479	515
Contrats et assimilés	2	4	5	7	8	10	10
Prise en charge des cotisations	12	17	19	22	23	24	27
DIPA ¹	0	0	0	0	3	0	0
Évolution (en %)	9,4	7,6	8,3	13,3	6,6	14,8	7,6
Prix (en %)	2,9	0,1	0,0	3,8	2,1	-0,6	1,3
Volume (en %)	6,3	7,5	8,3	9,2	4,3	15,5	6,2
Dépenses de prévention						7	2
Injection de vaccin Covid-19						7	2

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

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

¹ Conformément aux définitions internationales, les soins courants (champ de la CBSM) excluent les actes

d'injection de vaccin Covid-19, classés parmi les dépenses de prévention.

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

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

Les actes réalisés par les sages-femmes en libéral se diversifient

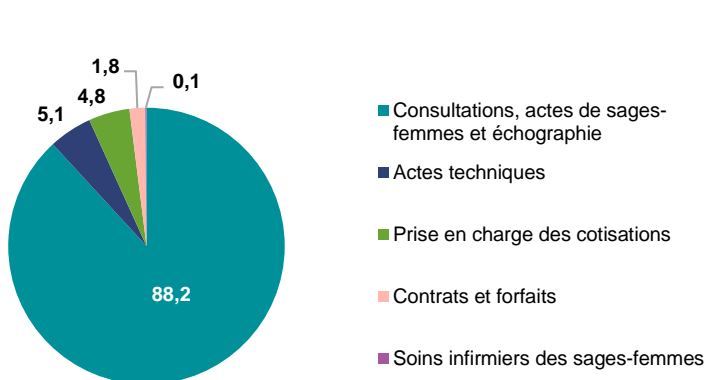
Les consultations, actes de sages-femmes et échographie constituent la part la plus élevée des soins réalisés par les sages-femmes (88,2 %). La composition de ce poste a fortement évolué au cours du temps. Composé, en 2012, principalement d'actes de sages-femmes liés à la grossesse et à l'accouchement, il est, en 2022, bien plus diversifié avec davantage de consultations (environ un quart) et d'actes d'échographie (environ un cinquième). Les actes techniques représentent 5,1 % des dépenses et les prises en charge de cotisations sociales 4,8 % (graphique 2).

Les effectifs salariés à l'hôpital continuent de diminuer

Au 1^{er} janvier 2022, 23 800 sages-femmes exercent leur activité en France (+0,9 % par rapport à 2021) [tableau 2]. Le nombre de sages-femmes augmente régulièrement depuis 2012.

Les effectifs salariés à l'hôpital en France métropolitaine continuent de diminuer en 2022 (-1,9 %) pour atteindre 57 % du total (contre 73 % en 2012). En revanche, le nombre des sages-femmes exerçant en libéral augmente de 5,3 % en 2021 pour atteindre 35 % du total (contre 20 % en 2012).

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

Graphique 2 Répartition des soins de sages-femmes en 2022

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution des effectifs des sages-femmes

En milliers

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2022/2021 (en %)	Structure 2022 (en %)
Ensemble des sages-femmes	19,6	22,7	22,8	23,0	23,2	23,5	23,8	0,9	100,0
Salariés hospitaliers	14,2	14,7	14,4	14,2	14,0	13,8	13,5	-1,9	57,0
Autres salariés	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6	1,8	1,9	3,8	7,9
Libéraux	3,9	6,6	7,0	7,3	7,6	7,9	8,3	5,3	35,1

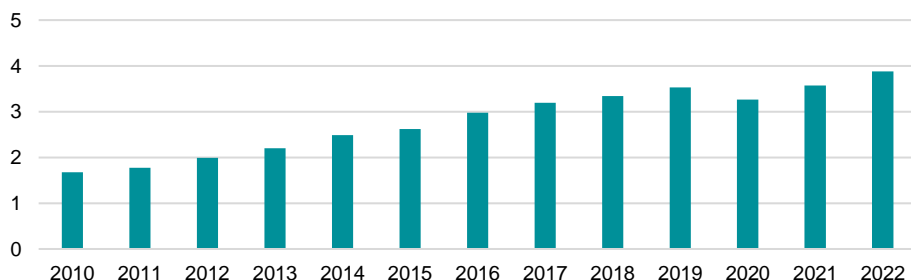
Note > Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1^{er} janvier *n*.

Champ > France.

Source > DREES, Adeli 2012-2022.

Graphique 3 Part des soins de sages-femmes effectués en centre de santé entre 2010 et 2022

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une dépense majoritairement prise en charge par la Sécurité sociale

En 2022, la Sécurité sociale est le principal financeur des soins de sages-femmes, avec 89,9 % de la consommation (tableau 3).

La prise en charge par les organismes complémentaires (7,3 % en 2022) augmente de 0,6 point par rapport à 2021. La part restant à la charge des ménages s'élève à 2,7 % en 2022 (+0,3 point par rapport en 2021). Cette part à la charge des ménages est plus faible que celle observée en moyenne sur les soins de ville (8,8 %).

Entre 2012 et 2022, la part financée par la Sécurité sociale et l'État s'est réduite de 6,0 points. À l'inverse, la part financée par les organismes complémentaires s'est accrue de 4,5 points et celle à la charge des ménages de 1,4 point. Ce transfert est dû à la diversification des actes effectués par les sages-femmes entre les deux dates. Les actes de sages-femmes liés à la grossesse sont généralement pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, alors que les consultations et les échographies sont soumises à ticket modérateur. ■

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de sages-femmes par type de financeur en 2022

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	496	89,9
État	1	0,2
Organismes complémentaires	40	7,3
Ménages	15	2,7
Ensemble	552	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2022, la consommation de soins courants infirmiers s'élève à 9,5 milliards d'euros. Elle reste dynamique : +2,4 % en 2022, après +3,0 % en 2021 et +8,2 % en 2020.

L'année 2022 est marquée par de nombreuses évolutions du cadre réglementaire pour les infirmiers libéraux : signature d'un nouvel avenant, modification de la nomenclature des actes, déploiement du bilan de soins infirmiers, etc.

Les dépenses de soins infirmiers sont prises en charge à plus de 90 % par l'Assurance maladie ; en 2022, le taux de reste à charge des ménages s'établit à 3,3 % et retrouve un niveau proche de celui d'avant la crise sanitaire.

Les soins courants infirmiers poursuivent leur croissance en 2022

En 2022, la consommation de soins courants infirmiers¹ en ville (infirmiers libéraux ou salariés en centre de santé) s'élève à 9,5 milliards d'euros (tableau 1), soit 4,0 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

Seules les dépenses de soins courants sont comptabilisées au sein de la CSBM. Les autres types de dépense (soins de longue durée et prévention), comptabilisés au sein de la dépense courante de santé (DCSi) sont présentés pour information à la fin de la fiche et complètent le champ des dépenses effectuées au titre de l'activité des infirmiers en ville.

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

Durant la crise liée au Covid-19, les soins courants infirmiers ne sont pas touchés par les mesures de restriction sanitaire comme cela a été le cas pour les autres praticiens libéraux. Ils augmentent fortement de 8,2 % en 2020 (+5,3 % en volume)² puis ralentissent en 2021 (+3,1 % en valeur, +2,2 % en volume). En 2022, les soins courants infirmiers restent dynamiques : le volume de soins courants infirmiers augmente de 1,7 % en 2022, après +2,2 % en 2021.

Dans l'ensemble, le prix des soins courants infirmiers est en hausse de 0,7 % en 2022.

De nombreuses interventions sur le prix des et le périmètre des actes infirmiers ont eu lieu sur la période récente. En 2019, l'avenant 6 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux revalorise certains actes (notamment les pansements lourds et complexes) et crée 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). Cet avenant, dont les effets se prolongent jusqu'en 2022, renforce le rôle des infirmiers dans la coordination des soins et fait évoluer la prise en charge des patients dépendants

La signature de l'avenant 7 (paru en 2020) portant sur les modalités d'exercice des infirmiers en pratique avancée contribue à redéfinir l'activité de ces derniers.

Plus récemment, l'entrée en vigueur, fin 2022, de l'avenant 9 à la convention nationale simplifiée aux infirmiers ou aux infirmiers en pratique avancée le recours à la télésanté et devrait également soutenir la croissance des soins infirmiers. L'année 2022 est par ailleurs marquée par la création de deux nouveaux actes dans la nomenclature infirmière accompagnés de deux nouvelles cotations.

¹ Depuis l'édition 2022, le classement des soins infirmiers dans les comptes de la santé a été révisé (voir annexe 2) afin de se conformer aux définitions internationales. 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-19) sont exclus des soins courants et comptabilisés au sein des postes « soins de longue durée » et « Prévention » de la dépense courante de santé (DCSi, fiche 23). Ces dépenses sont présentées dans le tableau 4.

² L'indice des prix employés pour le partage volume-prix des soins infirmiers a été révisé dans cette édition des comptes de la santé. Voir annexe 4.

Tableau 1 Consommation de soins courants infirmiers en ville

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins courants	5 891	7 646	7 953	8 299	8 982	9 263	9 484
Honoraires	5 410	7 142	7 404	7 684	8 260	8 612	8 792
Contrats et assimilés ¹	93	86	98	120	128	142	146
Prise en charge des cotisations	388	418	451	496	532	509	547
DIPA ²					62	0	0
Évolution (en %)	9,0	3,0	4,0	4,4	8,2	3,1	2,4
Prix (en %)	2,5	0,0	0,2	0,3	2,8	0,9	0,7
Volume (en %)	6,4	2,9	3,8	4,0	5,3	2,2	1,7

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 2022, les soins courants infirmiers représentent 9 475 millions d'euros.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM, pour les indices de prix.

La structure de la consommation de nouveau stable en 2022

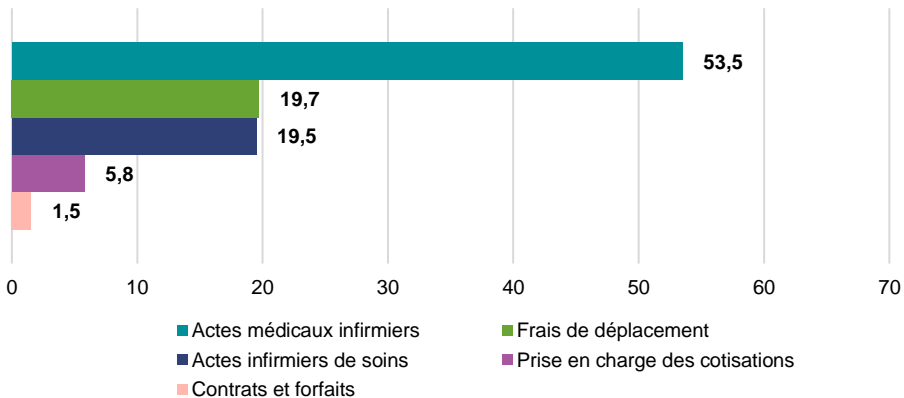
La structure de la consommation de soins courants infirmiers évolue peu en 2022 : les actes médico-infirmiers (AMI) [injections, pansements, etc.] représentent 53,5 % de la dépense, les frais de déplacement 19,7 %, les actes infirmiers de soins (AIS) [séances de soins, surveillance, etc.] 19,5 %, les prises en charge de cotisations 5,8 % et, enfin, les contrats et forfaits 1,5 % de la dépense (graphique 1).

les prises en charge de cotisations 5,8 % et, enfin, les contrats et forfaits 1,5 % de la dépense (graphique 1).

De par leur poids, les actes médico-infirmiers et les frais de déplacement sont les principaux contributeurs à la hausse des dépenses de soins courants infirmiers ; ils augmentent respectivement de 2,3 % et 3,0 % en 2022.

Graphique 1 Structure de la dépense de soins courants des infirmiers en 2022

En %



Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les effectifs des infirmiers progressent en moyenne de 1,2 % par an entre 2017 et 2021

Au 1^{er} janvier 2021, 638 000 infirmiers de moins de 62 ans exercent leur activité en France (tableau 2). Les effectifs augmentent de 1,0 % en 2021. De 2012 et 2016, les effectifs ont crû de 4,1 % par an en moyenne. Depuis 2017, la hausse se poursuit mais à un rythme moins rapide (+1,2 % par an en moyenne). L'exercice en libéral est minoritaire chez les infirmiers : au 1^{er} janvier 2021, seulement 19,3 % d'entre eux pratiquent sous ce statut. 63,2 % des infirmiers sont salariés hospitaliers dans le secteur

public ou privé et 17,5 % sont salariés d'une autre structure (centre de santé, établissement pour personnes handicapées, établissement scolaire, etc.). Cette dernière catégorie est la plus dynamique, avec une augmentation de 3 % par an en moyenne entre 2017 et 2021.

En 2022, les dépenses de soins courants infirmiers augmentent de 2,6 % au sein des cabinets libéraux tandis qu'elles reculent de 7,7 % en centre de santé. Après la forte mobilisation des infirmiers en libéral en 2021 lors des campagnes de vaccination contre le Covid-19 (activité comptabilisée en soins de prévention), l'activité se reporte sur les soins courants en 2022.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

En milliers

	2012	2017	2018	2019	2020	2021
Ensemble	538	608	616	624	631	638
Salariés hospitaliers	371	395	399	401	402	403
Libéraux	87	115	115	118	121	123
Autres salariés	80	99	102	105	108	111

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.

Source > DREES, Adeli 2012-2021.

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 (93,1 % en 2022) (tableau 3). L'État contribue pour 0,2 % de la dépense (aide médicale d'État et invalides de guerre) et les organismes complémentaires 3,4 %. Le reste à charge des ménages représente 3,3 % de la dépense, soit 313 millions d'euros en 2022.

Sur les dix dernières années, la répartition des dépenses de soins infirmiers entre les différents financeurs est restée plutôt stable.

Après avoir atteint un point bas en 2020, la part du financement des ménages dans la consommation de soins infirmiers augmente à nouveau : +0,1 point en 2022, après +0,3 point en 2021. Cette part retrouve ainsi son niveau d'avant Covid-19 (graphique 2).

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins courants infirmiers par type de financeur en 2022

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 834	93,1
État	18	0,2
Organismes complémentaires	320	3,4
Ménages	313	3,3
Ensemble	9 484	100,0

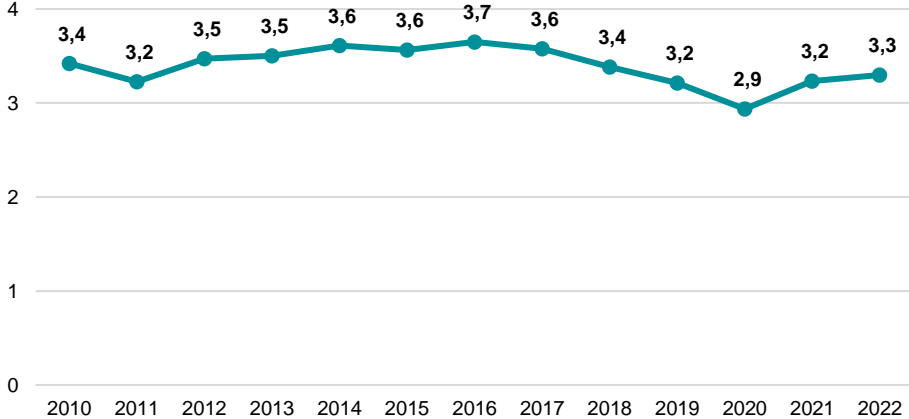
Source > DREES, comptes de la santé.

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.

Graphique 2 Évolution de la part du RAC des ménages entre 2010 et 2022

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins infirmiers de longue durée toujours en hausse en 2022

Les soins de longue durée des infirmiers sont composés des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées et personnes handicapées et des soins liés à la prise en charge de la dépendance. Ces soins sont comptabilisés dans la DCSi, mais sont hors CSBM. Le 1^{er} avril 2022 a marqué la fin des démarches de soins infirmiers (DSI) et le déploiement du bilan de soins infirmiers (BSI) à l'ensemble des patients dépendants : dorénavant, un BSI devrait être saisi quel que soit l'âge du patient dépendant et non plus uniquement aux patients dépendants âgés de 90 ans ou plus.

En 2022, les soins de longue durée infirmiers augmentent de 4,6 % (après +5,0 % en 2021). Cette évolution est de nature structurelle : elle tient au vieillissement de la population française et aux incitations au maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance.

Premier contributeur à la croissance des soins de longue durée, les soins de SSIAD pour personnes âgées augmentent de 8,8 % en 2022.

Les SSIAD sont pris en charge en intégralité par la Sécurité sociale. En revanche, les ménages financent une partie des soins liés à la dépendance.

Les dépenses de prévention diminuent fortement en 2022

Les dépenses de prévention des infirmiers recouvrent les prélèvements pour effectuer les tests PCR et TAG et des injections de vaccins contre le Covid-19 ; elles diminuent fortement en 2022, à 434 millions d'euros, après avoir atteint près d'un milliard en 2021.

Malgré la poursuite de la campagne de dépistage par tests antigéniques et PCR en 2022, les dépenses de prélèvement réalisées par des infirmiers se replient. Elles s'élèvent à 289 millions d'euros en 2022, après 381 millions en 2021. Les prélèvements ont été financés en totalité par la Sécurité sociale, sauf pour les adultes non vaccinés à partir du 15 octobre 2021.

Les soins liés aux injections de vaccin contre le Covid-19 par les infirmiers représentent 144 millions d'euros en 2022, après 525 millions d'euros en 2021. Ces dépenses sont intégralement prises en charge par la Sécurité sociale. En 2022, les infirmiers libéraux sont autorisés à procéder à des vaccins sans prescription médicale. ■

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

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins de longue durée	2 417	2 746	2 795	2 858	2 926	3 073	3 215
SSIAD – Personnes âgées	1 470	1 639	1 655	1 675	1 782	1 784	1 941
SSIAD – Personnes handicapées	71	85	86	87	95	127	103
Soins liés à la dépendance	877	1 022	1 054	1 096	1 049	1 162	1 171
Évolution (en %)	4,3	3,0	1,8	2,3	2,4	5,0	4,6
Prévention					131	906	434
Prélèvement des tests PCR et TAG					131	381	289
Injection de vaccin Covid-19						525	144
Évolution (en %)	so	so	so	so	ns	590,6	-52,1

so : sans objet.

ns : non significatif.

Lecture > Les soins de longue durée des infirmiers représentent 3 215 millions d'euros en 2022.**Source** > DREES, comptes de la santé.**Pour en savoir plus**

- > **Pora, P.** (2023, août). Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. DREES, *Études et Résultats*, 1277.
- > **Simon, M.** (2023, mai). Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1266.
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2022, juillet). *Charges et produits pour l'année 2022*. 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 2022, la consommation des soins des auxiliaires médicaux (hors infirmiers) s'élève à 8,3 milliards d'euros. L'activité de ces praticiens, fortement touchée par les mesures de restriction sanitaire en 2020, rebondit en 2021 et retrouve globalement sa tendance pré-crise. Les soins de pédicures-podologues augmentent fortement depuis 2011.

Principale composante des soins des auxiliaires médicaux, les dépenses de soins courants des masseurs-kinésithérapeutes augmentent de 3,5 % en 2022. Hormis pour les soins de pédicures-podologues, le reste à charge des ménages pour les dépenses d'auxiliaires médicaux est en légère hausse en 2022.

La consommation totale en soins courants des auxiliaires médicaux retrouve sa tendance de long terme

En 2022, la consommation en soins courants d'auxiliaires médicaux¹ (hors infirmiers) s'élève à 8,3 milliards d'euros, soit 3,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (*tableau 1*). Elle continue de progresser après un rebond important en 2021 : +3,7 % en 2022 après +19,1 % en 2021. En 2020, l'activité des auxiliaires médicaux a été très affectée par les mesures de restriction sanitaire prises dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19 ; l'activité des auxiliaires médicaux étant notamment quasiment à l'arrêt lors du premier confinement. En 2021, l'assouplissement des mesures sanitaires favorise le rebond de la consommation totale de soins courants des auxiliaires médicaux. En 2022, la consommation de soins d'auxiliaires médicaux en volume retrouve

globalement la tendance observée entre 2012 et 2019 (+3,3 % par an en moyenne).

Les soins de longue durée des masseurs-kinésithérapeutes progressent légèrement en 2022

Les masseurs-kinésithérapeutes réalisent également des soins dans le cadre de la prise en charge de la dépendance, hors champ de la CSBM. Ces soins de longue durée représentent 571 millions d'euros en 2022. Ils augmentent de 0,7 % après le rebond de 2021 (+10,8 % après - 4,3 % en 2020). De 2012 à 2022, ils augmentent de 2,9 % 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.

Tableau 1 Consommation de soins courants des auxiliaires médicaux

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins courants	5 696	7 030	7 270	7 610	6 751	8 043	8 338
Masseurs-kinésithérapeutes	4 721	5 804	5 970	6 204	5 516	6 543	6 771
Orthophonistes	850	1 052	1 078	1 131	961	1 140	1 153
Orthoptistes	107	138	180	227	229	305	349
Pédicures-podologues	19	37	42	46	45	55	65
Évolution (en %)	6,6	2,5	3,4	4,7	-11,3	19,1	3,7
Prix (en %)	2,3	0,0	1,3	1,9	2,2	-1,8	0,2
Volume (en %)	4,2	2,5	2,0	2,8	-13,2	21,3	3,5
Soins liés à la dépendance des masseurs-kinésithérapeutes	428	498	514	535	512	567	571
Évolution (en %)	3,0	3,4	3,1	4,0	-4,3	10,8	0,7

Source > L'activité des pédicures-podologues retrace uniquement les actes prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale. Les soins de longue durée des masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas comptabilisés dans les soins courants, détaillés au début.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM, statistiques mensuelles pour les indices des prix.

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 comparaisons internationales. À l'inverse, les dépenses des masseurs-kinésithérapeutes effectuées dans le cadre de la prise en charge de la dépendance sont comptabilisées à part et exclues de la consommation de soins courants.

Les soins courants des auxiliaires médicaux sont en hausse pour l'ensemble de ces praticiens

Les masseurs-kinésithérapeutes, premiers contributeurs à la consommation des soins courants des auxiliaires médicaux

En 2022, la consommation de soins des masseurs-kinésithérapeutes augmente de 3,5 % par rapport à 2021 et s'établit à 6,8 milliards d'euros. Représentant 81,2 % des soins d'auxiliaires médicaux hors infirmiers, la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes est le premier contributeur à la hausse du total des soins courants en 2022.

En 2022, les prix des soins de masseurs-kinésithérapeutes sont quasi stables (+0,1 %), la dernière revalorisation des actes des masseurs-kinésithérapeutes datant du 1^{er} juillet 2019 et les effets du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) sur le prix des soins ayant disparu. L'évolution de la consommation en 2022 est donc intégralement liée à une croissance du volume de soins (+3,3 %) [graphique 1].

Entre 2012 et 2022, la consommation en soins de masseurs-kinésithérapeutes augmente en moyenne de 3,7 % par an. La croissance des dépenses est liée à des facteurs structurels, en particulier au vieillissement de la population. En 2022, les honoraires représentent 95,0 % de la dépense de soins des masseurs-kinésithérapeutes. Les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent 62,5 % des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes en 2022 (graphique 2). Ces actes, auxquels recourent davantage les personnes âgées, occupent une place prépondérante dans la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes. Alors qu'elle avait diminué en 2021, la part des actes classiques (AMK) augmente de 0,4 point en 2022. Les actes en établissement (AMC) et les frais de déplacement sont en légère baisse en 2022.

Les soins d'orthophonie sont moins dynamiques qu'avant la crise sanitaire de 2020

La consommation de soins d'orthophonie s'élève à 1 153 millions d'euros en 2022, en hausse de 1,1 %. Les orthophonistes ont été particulièrement touchés par la baisse d'activité liée à la crise du Covid-19. Le rebond de 2021 permet de retrouver le niveau d'activité atteint en 2019, mais l'activité en volume demeure en dessous de la tendance pré-crise sanitaire.

Avant le début de l'épidémie, la consommation de soins des orthophonistes était dynamique, avec une hausse moyenne de 4,2 % par an entre 2012 et 2019, portée par la demande croissante de traitement des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, etc.).

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 télé-expertise. Ces avenants, portant sur des actes assez peu fréquents, ne modifient pas les principaux tarifs des actes des orthophonistes.

Le 25 février 2022, la signature de l'avenant 19 revalorise plusieurs des actes orthophoniques et favorise l'accès aux soins en orthophonie. Au total, le prix des soins d'orthophonie progresse légèrement en 2022 (+0,4 %)

Les soins d'orthoptistes restent dynamiques en 2022

Les soins d'orthoptistes augmentent de nouveau fortement en 2022 (+14,4 % après +33,0%) pour s'élever à 349 millions d'euros. L'activité des orthoptistes reste ainsi extrêmement dynamique : entre 2012 et 2022, la consommation en volume de soins d'orthoptistes augmente de 8 % en moyenne. Ce dynamisme est notamment porté par les dépenses effectuées en centre de santé. En 2017, les centres de santé ne représentaient que 2,3 % de la dépense ; cinq années plus tard, en 2022, ils constituent 23,9 % de la dépense, soit une hausse de +21,7 points.

Ces évolutions exceptionnelles traduisent aussi 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 la revalorisation de leurs tarifs en 2018.

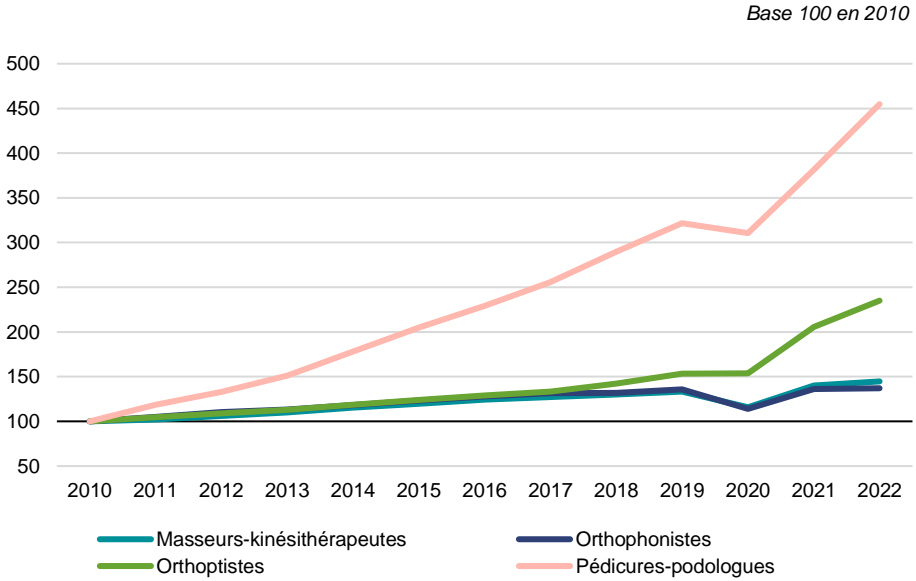
Les soins de pédicures-podologues de nouveau en forte hausse

Les soins de pédicures-podologues qui relèvent du champ de l'Assurance maladie représentent une dépense de 65 millions d'euros en 2022, en hausse de 10 millions par rapport à 2021. Ces dépenses sont aussi très dynamiques : en moyenne, elles progressent de 13,4 % par an entre 2012 et 2022 (+13,1 % en moyenne par an en volume), soit une multiplication par 4,5 en dix ans.

En 2022, les soins de pédicures-podologues augmentent de 19,2 % en valeur après +23,0 % en 2021. En l'absence de croissance des prix (0,0 % ces deux années), ces hausses sont exclusivement portées par une augmentation du volume de soins (+19,2 % en 2022, après +22,9 % en 2021).

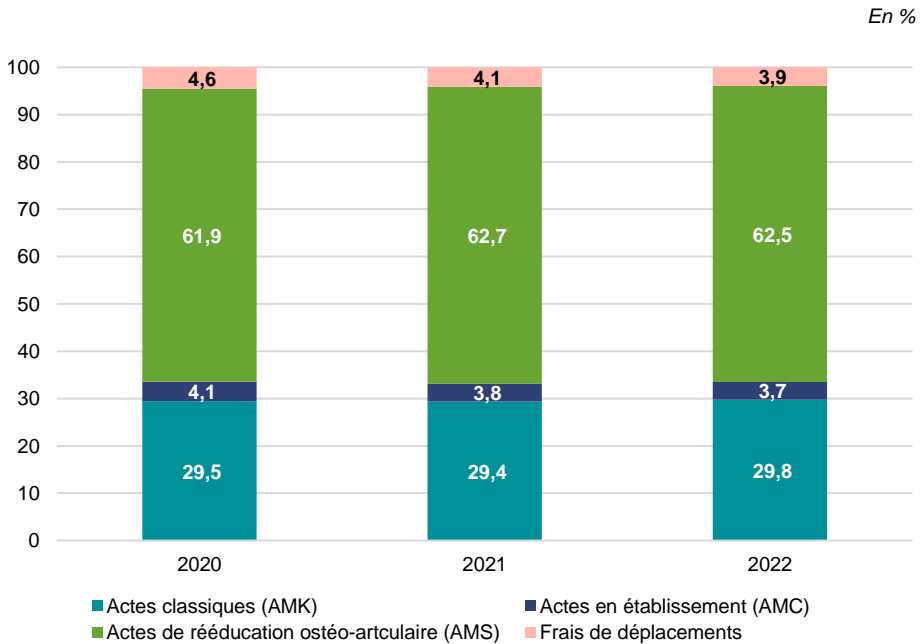
Les taux de dépassements liés aux actes des pédicures-podologues ont baissé de façon marquée depuis dix ans : ils représentent 4,0 % de la dépense en 2022, contre 31,4 % en 2012. Néanmoins, le taux de dépassement des pédicures podologues reste le plus élevé parmi les autres auxiliaires médicaux.

Graphique 1 Niveau de l'activité en volume des auxiliaires médicaux



Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM.

Graphique 2 Structure de la dépense des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes



Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM.

Les effectifs des auxiliaires médicaux en progression constante depuis 2017

Au 1^{er} janvier 2020, 91 500 masseurs-kinésithérapeutes exercent en France, dont 82,6 % en libéral ou mixte (tableau 2). L'effectif des masseurs-kinésithérapeutes progresse continuellement depuis 2017 : +2,7 % en moyenne par an entre 2017 et 2020.

Au 1^{er} janvier 2022, 24 200 orthophonistes de moins de 62 ans exercent en France, dont 85,3 % dans le secteur libéral ou mixte. La part des orthophonistes salariés hospitaliers représente 6,5 % de la profession en 2022.

Au 1^{er} janvier 2022, 5 700 orthoptistes de moins de 62 ans sont enregistrés au sein du répertoire Adeli. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 6,0 % par

an en moyenne entre 2017 et 2022. Un peu plus de la moitié d'entre eux exercent dans le secteur libéral ou mixte. Pour les orthoptistes, ce sont les autres salariés, qui regroupent généralement des professionnels de santé exerçant en centre de santé, qui affichent la plus forte augmentation en 2022 : +10,9 %. Leurs effectifs ont quasiment doublé en cinq ans.

Au 1^{er} janvier 2017, 12 900 pédicures-podologues de moins de 62 ans sont recensés en France ; leur nombre a augmenté de 2,8 % en moyenne par an entre 2012 et 2017. En 2017 (année disponible la plus récente concernant les effectifs des pédicures-podologues), quasiment tous exerçaient en libéral ou en mixte ; la part des salariés hospitaliers et des autres salariés était inférieure à 2 %.

Tableau 3 Effectifs des auxiliaires médicaux

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 21/22 (en %)
Masseurs-kinésithérapeutes	84 400	89 000	89 200	91 500	n.d.	n.d.	
<i>dont salariés hospitaliers</i>	12 300	12 300	11 700	11 700	n.d.	n.d.	
<i>dont autres salariés</i>	3 800	4 100	4 200	4 200	n.d.	n.d.	
<i>dont libéraux ou mixtes</i>	68 400	72 700	73 300	75 600	n.d.	n.d.	
Orthophonistes	22 500	22 500	23 000	23 300	23 800	24 200	1,7
<i>dont salariés hospitaliers</i>	1 400	1 400	1 500	1 500	1 500	1 600	3,2
<i>dont autres salariés</i>	2 000	2 000	1 900	2 000	2 000	2 000	1,0
<i>dont libéraux ou mixtes</i>	19 000	19 100	19 500	19 900	20 300	20 700	1,7
Orthoptistes	4 300	4 500	4 800	5 100	5 400	5 700	6,4
<i>dont salariés hospitaliers</i>	500	600	600	600	600	700	4,9
<i>dont autres salariés</i>	1 000	1 100	1 300	1 400	1 700	1 900	10,9
<i>dont libéraux ou mixtes</i>	2 700	2 800	2 900	3 000	3 100	3 200	4,3
Pédicures-podologues	12 900	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
<i>dont salariés hospitaliers</i>	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
<i>dont autres salariés</i>	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
<i>dont libéraux ou mixtes</i>	12 700	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	

n.d. : non disponible.

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 2017-2022 ; ASIP-Santé RPPS.

En 2022, le reste à charge dans le financement de soins courants des auxiliaires médicaux augmente de 0,5 point

Comparé à l'ensemble des soins de ville, la Sécurité sociale finance une part un peu moins importante des soins des auxiliaires médicaux hors infirmiers (66,9 % contre 70,2 % pour l'ensemble des soins de ville), notamment en raison d'un moindre remboursement des soins de masseurs-kinésithérapeutes. La contribution des ménages et des organismes complémentaires au financement de ces soins est ainsi plus élevée : globalement, les organismes complémentaires financent 20,4 % de ces dépenses et les ménages 15,4 %. La part des ménages dans le financement des soins courants des auxiliaires médicaux augmente de nouveau en 2022 (+0,5 point après +0,9 point en 2021). Entre 2012 et 2022, le financement par les organismes complémentaires a diminué de 0,9 point, et celle de l'Assurance maladie et de l'État a augmenté de 0,7 point.

En 2022, 64,1 % de la consommation de soins courants des masseurs-kinésithérapeutes est prise en charge par la Sécurité sociale (*tableau 4*), 20,4 % par les organismes complémentaires.

Les ménages financent 15,4 %, soit 1 044 millions d'euros en 2022. La part qu'ils prennent en charge augmente de 0,5 point en 2022, après +1,0 point en 2021.

En 2022, la Sécurité sociale finance 80,6 % de la dépense de soins d'orthophonistes, 70,9 % des soins d'orthoptistes et 94,5 % du champ couvert dans les comptes de la santé pour les soins de pédicures-podologues. Les organismes complémentaires financent 14,3 % des soins d'orthophonistes, 15,4 % des soins d'orthoptistes et 2,6 % des soins de pédicures-podologues.

S'agissant des soins d'orthophonistes, le reste à charge des ménages représente 5,2 % de la dépense totale de soins d'orthophonistes. Ils financent par ailleurs 13,6 % des soins d'orthoptistes en 2022, une part qui progresse légèrement (+0,4 point entre 2021 et 2022).

Enfin, les ménages prennent en charge 2,7 % des soins de pédicures-podologues. En lien avec la baisse des dépassements, le taux de reste à charge des ménages a fortement baissé au cours des dix dernières années pour ce poste : il représentait, en 2012, 13,9 % de la dépense des pédicures-podologues. ■

Tableau 4 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par type de financeur en 2022

En millions d'euros

	Masseurs-kinésithérapeutes		Orthophonistes		Orthoptistes		Pédicures-podologues	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	4 340	64,1	929	80,9	247	70,9	62	94,5
État	9	0,1	2	0,0	0	0,1	0	0,2
Organismes complémentaires	1 378	20,4	165	14,8	54	15,4	2	2,6
Ménages	1 044	15,4	57	5,2	47	13,6	2	2,7
Ensemble	6 771	100,0	1 153	100,0	349	100,0	65	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2022, 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 13,8 milliards d'euros. L'activité est en hausse en 2022 (+2,6 %), mais elle ralentit, 2021 ayant été marquée à la fois par un rattrapage à la suite de la crise sanitaire et par la montée en puissance de la réforme du 100 % santé. Elle a par ailleurs accéléré la baisse tendancielle du taux de reste à charge des ménages en dentaire qui a diminué de 12,0 points en dix ans (de 24,7 % en 2012 à 12,7 % en 2022), dont -7,7 points entre 2019 et 2022 à la suite de la mise en place du 100 % santé.

La consommation de soins de dentistes en hausse en 2022

En 2022, la consommation de soins de dentistes s'élève à 13,8 milliards d'euros (tableau 1). Portée par la hausse des soins dentaires et conservateurs, elle croît de 2,6 %, un rythme légèrement supérieur à celui observé avant la crise (+1,7 % en moyenne par an entre 2011 et 2019).

En 2021, les soins de dentistes avaient fortement progressé (+17,8 %), stimulés par la réforme du 100 % santé et la reprise d'activité post-confinement. Cette forte hausse des dépenses faisait plus qu'effacer la baisse marquée des dépenses en 2020 (-5,0 %), l'activité des dentistes s'étant quasiment arrêtée durant le premier confinement de mars à mai 2020.

En 2022, la hausse est expliquée aussi bien par la hausse du volume (+1,4 %), que par celle des prix (+1,2 %), à la suite de la révision à la hausse des prix des prothèses dentaires comme de celle des actes de soins conservateurs.

En 2020, la croissance du prix des soins de dentistes était plus forte (+5,8 %), sous l'effet d'une augmentation du prix des actes de soins conservateurs en contrepartie de la baisse de prix des prothèses dentaires avec la mise en place de la réforme du 100 % santé, mais aussi du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA, comptabilisé en pur effet prix). En 2021, la hausse des prix se poursuit (+0,8 %) ; l'arrêt de la DIPA étant plus que compensé par la hausse du prix des actes.

Politique de prévention bucco-dentaire à destination des enfants, le dispositif M'T Dents est porté par l'Assurance maladie depuis 2007. En 2022, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes par les jeunes âgés de 3 à 24 ans est stable (51,6 % après 51,1 % en 2021 – données CNAM) mais est en dessous de la moyenne pré-crise (56,8 % entre 2017 et 2019). Le taux de recours aux dentistes a également tendance à baisser avec l'avancée en âge.

Tableau 1 Consommation de soins de dentistes

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins courants	10 745	11 541	11 719	12 046	11 441	13 478	13 824
Honoraires	10 482	11 299	11 465	11 760	10 906	13 181	13 487
Contrats et assimilés ¹	41	38	39	49	48	60	74
Prise en charge des cotisations	221	203	215	237	232	237	263
DIPA ²					255	0	0
Évolution (en %)	1,8	1,5	1,5	2,8	-5,0	17,8	2,6
Prix (en %)	0,0	0,0	-0,1	3,1	5,8	0,8	1,2
Volume (en %)	1,8	1,5	1,6	-0,3	-10,3	16,9	1,4

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 2022, la consommation de soins de dentistes s'élève à 13,8 milliards d'euros, dont 13,5 milliards d'euros d'honoraires. Elle progresse de 2,6 % en valeur.

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

Une hausse des soins dentaires et des prothèses en 2022

Les soins des dentistes sont composés en majorité de prothèses dentaires (51,2 % de la dépense), répartis depuis la réforme 100 % santé en 2019 en trois paniers de soins (*fiche 17*). Les soins dentaires et conservateurs (en particulier détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation et actes divers de prothèses dentaires hors 100 % santé) représentent 18,2 % de la consommation en 2022 (*graphique 1*). Viennent ensuite l'orthodontie (9,1 %), la chirurgie (6,9 %), la radiologie (6,8 %) et les consultations (5,4 %).

Les dépenses des prothèses se sont stabilisées en 2022 (+0,7 %) après une hausse importante en 2021 (+20,1 %), notamment due à la montée en

charge de la réforme du 100 % santé, les dépenses de prothèses du panier sans reste à charge étant celles ayant le plus augmenté (+32,7 % contre 18,5 % pour le panier reste à charge modéré et +6,6 % pour le panier à tarif libre).

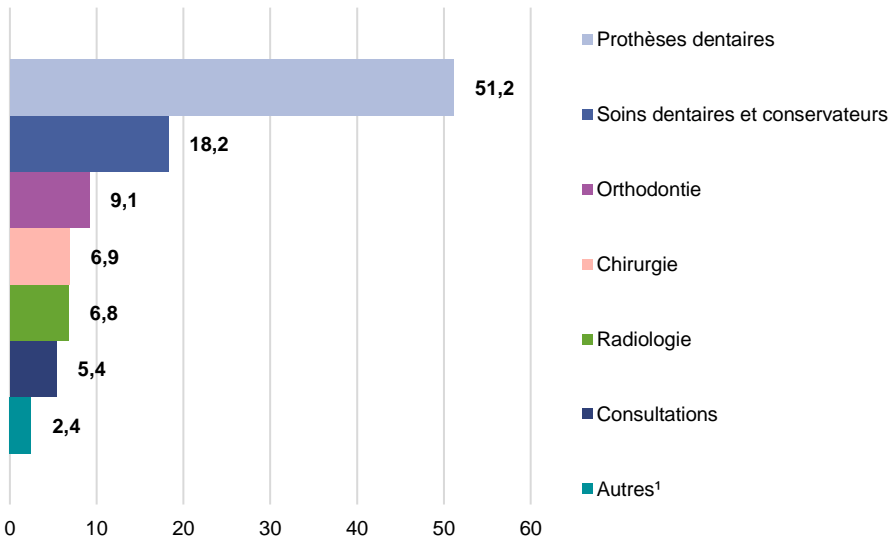
Le taux de dépassement baisse de nouveau en 2022

Les dépassements représentent une part importante des honoraires des dentistes, mais sont en baisse depuis une dizaine d'années. En 2022, la part des dépassements baisse de nouveau (-0,5 point) et s'établit à 42,7 % de la dépense (*graphique 2*).

Sur dix ans, le taux de dépassement a baissé de 2,8 points entre 2012 et 2022.

Graphique 1 Répartition des soins de dentistes en 2022

En %

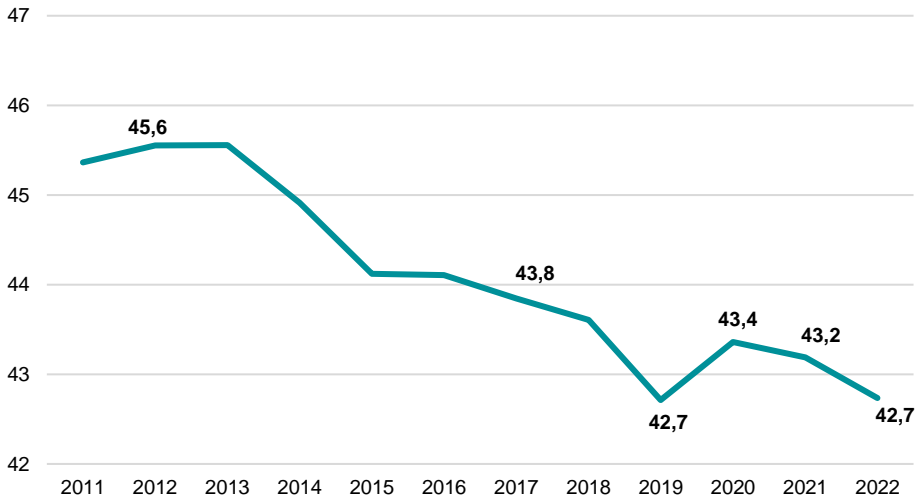


1. Ce poste comprend certains forfaits et contrats, la prise en charge des cotisations, l'aide à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du taux de dépassement des soins de dentistes

En % de la dépense



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 en légère hausse en 2022 (+2,4 %) [tableau 2]. Cette progression est principalement portée par les salariés exerçant dans des centres de santé, qui représentent 14 % des effectifs contre un peu plus de 84 % pour les dentistes exercent en libéral.

Entre 2012 et 2022, les effectifs des dentistes ont augmenté de 0,9 % par an en moyenne annuelle. Les effectifs de dentistes libéraux ayant très peu augmenté (+0,1 % en moyenne annuelle), la hausse est essentiellement portée par les autres salariés (+6,1 % en moyenne annuelle).

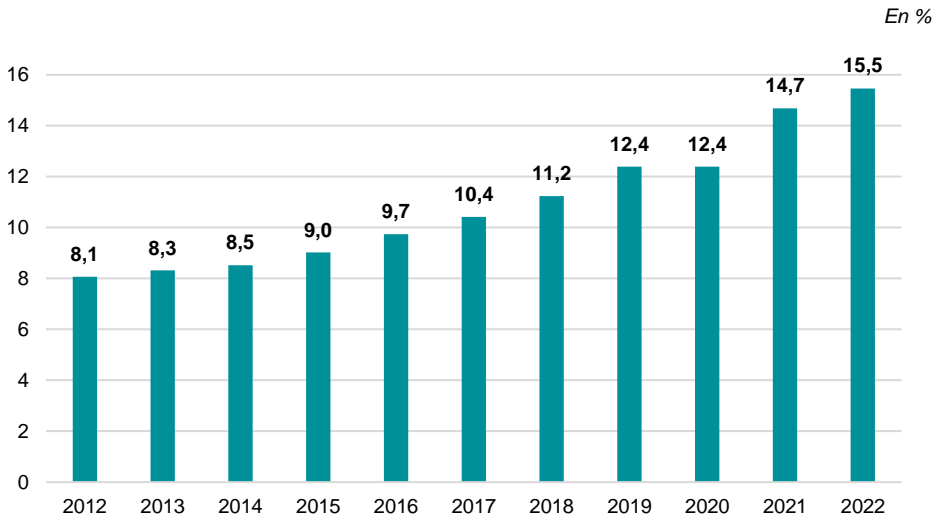
Un recul persistant des soins de dentistes en cabinet libéral

La part des soins dentaires effectués en cabinet libéral diminue depuis 2012 (de 91,9 % en 2012 à 84,5 % en 2022) au profit de ceux réalisés en centre de santé (15,5 % en 2022 contre 8,1 % en 2012) [graphique 3]. De fait, le nombre de centres de santé dentaire augmente rapidement 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-dotée » des centres de santé dentaire par le versement d'aides financières.

Tableau 2 Effectif des dentistes

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021/2022 (en %)	Structure 2022 (en %)
Ensemble des dentistes	40 500	42 000	42 100	42 100	42 800	43 100	44 200	2,4	100,0
Salariés hospitaliers	400	600	700	700	700	700	700	0,0	1,7
Libéraux et mixtes	36 700	37 200	37 000	36 800	37 100	36 900	37 200	0,9	84,3
Autres salariés	3 400	4 200	4 300	4 600	5 000	5 500	6 200	12,4	14,0

Source > DREES, RPPS 2012-2022, calculs DREES.

Graphique 3 Part des soins de dentistes effectués en centre de santé entre 2012 et 2022

Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires demeurent les premiers financeurs des soins de dentistes

En 2022, les organismes complémentaires demeurent les principaux financeurs des soins dentaires : ils prennent en charge 45,1 % de la dépense des soins dentaires. Cette part reste stable (-0,2 point) entre 2021 et 2022 après une hausse de 4,8 points entre 2020 et 2021 sous l'effet de la montée en charge de la réforme du 100% santé. La part financée par la Sécurité sociale reste également stable à 42,0 %, après une année de hausse de 4,8 points en raison du transfert des dépenses versées au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers la Sécurité sociale. La part de l'État baissant de 5,1 point la même année.

Le reste à charge des ménages s'établit à 12,7 % en 2022. Celui-ci a fortement baissé depuis la mise en place de la réforme du 100 % santé en dentaire visant à réduire le reste à charge des ménages, qui est passé de 20,4% en 2019 à 17,4% en 2020 puis 12,8% en 2021. Le taux de reste à charge baisse ainsi fortement en 2020 et 2021 (-4,6 points après -3,0 points) sous l'effet de la poursuite de la montée en charge de la réforme (élargissement du champ de la réforme au champ des prothèses amovibles en 2021) avant de se stabiliser en 2022 (-0,1 point).

Le reste à charge des ménages est un peu inférieur pour les soins hors prothèses (9,8 %). Concernant les prothèses, le reste à charge est plus élevé (15,4 % de la dépense en 2022), mais il a diminué de 9,7 points depuis 2020, en particulier sur le panier 100 % santé où le reste à charge est très faible (fiche 17). ■

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de dentistes par type de financeur en 2022*En millions d'euros*

	Total dentistes		Dentistes hors prothèses		Prothèses dentaires	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	5 807	42,0	3 838	56,8	1 969	27,8
État	23	0,2	8	0,1	15	0,2
Organismes complémentaires	6 238	45,1	2 241	33,2	3 997	56,5
Ménages	1 756	12,7	664	9,8	1 091	15,4
Total	13 824	100,0	6 752	100,0	7 072	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 soin ;
- > 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 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.

La consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,0 milliards d'euros en 2022. Après une baisse de 6,3 % en 2020 du fait de la crise sanitaire, elle rebondit fortement depuis deux ans : +7,7 % en 2022 après +17,7 % en 2021.

La dépense de transports sanitaires par taxi est bien plus dynamique que celle réalisée par les autres modes de transport (ambulance et VSL). Les dépenses de transports sanitaires sont prises en charge par l'Assurance maladie à plus de 90 %.

Net rebond des dépenses de transports sanitaires en 2021 et 2022

En 2022, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,0 milliards d'euros en valeur (tableau 1). Après deux années de baisse consécutive (-6,3 % en 2020 et -0,8 % en 2019), la consommation de transports sanitaires rebondit fortement depuis deux ans : +7,7 % en 2022 après +17,7 % en 2021.

En 2022, la hausse des prix (+4,7 %) [graphique 1] contribue davantage à la progression des dépenses que la croissance du volume d'activité (+2,9 %).

Pour les VSL et les ambulances, l'augmentation des prix (+4,9 % en 2022) est due à la mise en place, en mars 2021, de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés. Cet avenant revalorise les prix de la plupart des composantes tarifaires du transport en VSL ou en ambulance (forfait de prise en charge, forfaits départementaux, tarifs kilométriques et majorations courtes distances).

Concernant les taxis, les tarifs maximaux sont établis pour chaque département par arrêté préfectoral. Ces tarifs ont aussi été revalorisés de 4,4 % en moyenne sur l'année 2022.

En 2021, la hausse de la dépense de transports sanitaires était intégralement portée par celle des volumes ; les prix restant stables (-0,1 %). Cette stagnation des prix en 2021 est la conjugaison de deux effets qui se compensent : la hausse du prix des transports sanitaires (+4,0 % pour les taxis et +1,7 % pour les ambulances et les VSL) d'une part, et l'arrêt du dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) d'autre part. En 2020, cette indemnisation a été enregistrée dans les comptes de la santé comme un effet prix ; son arrêt l'année suivante réduit donc l'indice de prix du transport sanitaire.

Entre 2012 et 2022, les dépenses de transports sanitaires progressent rapidement, en moyenne de 4,0 % par an en valeur. En outre, à partir du 1^{er} octobre 2018, le coût des transports des patients au sein d'un même établissement ou entre deux établissements a été transféré à la charge de l'établissement prescripteur. Cette modification de financement réduit le périmètre des dépenses de transports sanitaires en ville. Sans cette modification de périmètre, les dépenses de transports sanitaires progresseraient encore davantage¹.

Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

En millions d'euros

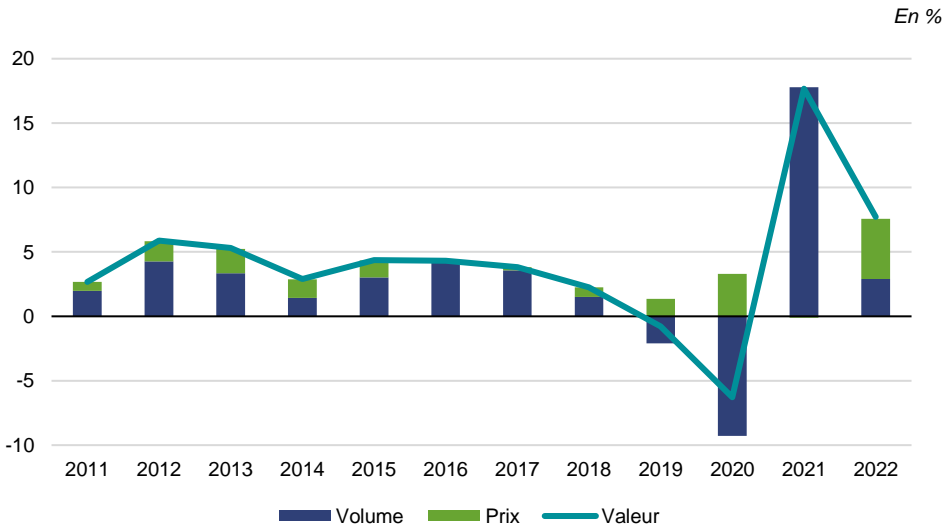
	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	4 071	4 987	5 099	5 059	4 741	5 579	6 009
Transports sanitaires	3 907	4 827	4 942	4 905	4 455	5 422	5 726
Contrats et indemnités	164	160	157	154	157	156	282
DIPA ¹					130	1	1
Évolution (en %)	5,9	3,8	2,3	-0,8	-6,3	17,7	7,7
Prix (en %)	1,5	0,2	0,7	1,3	3,3	-0,1	4,7
Volume (en %)	4,3	3,6	1,5	-2,1	-9,3	17,8	2,9

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

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

¹ Corrigé du transfert aux établissements de santé de la prise en charge des transports inter-hospitaliers, la commission des comptes de la Sécurité Sociale (rapport de juillet 2022) estime que le taux de croissance annuel

moyen des dépenses de transports sanitaires s'élèverait à +4,0 % par an entre 2015 et 2019, contre +2,6 % sans correction du transfert.

Graphique 1 Évolution des dépenses de transports sanitaires entre 2011 et 2022

Lecture > En 2022, les prix des transports sanitaires progressent de 4,7 %.

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

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

- le vieillissement de la population, qui accroît la demande de transports sanitaires ;
- l'augmentation 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 transports moins coûteux pour l'Assurance maladie (transports en commun, véhicule personnel ou véhicule partagé) ;
- un report du transport par VSL au profit des taxis, dont les tarifs sont en moyenne plus élevés.

Les deux derniers avenants signés entre l'Assurance maladie et les transporteurs sanitaires intègrent des mesures d'efficacité afin de freiner la hausse des dépenses. En particulier, de nouvelles incitations financières ont été mises en place pour développer le transport sanitaire partagé. Ce type de transport sanitaire reste assez peu développé en France et s'est même fortement réduit avec la mise en place des mesures de distanciation sociale lors de la crise sanitaire. Les nouveaux avenants prévoient un conditionnement des prochaines revalorisations tarifaires au développement du transport partagé. Les patients sans contre-indication médicale et qui refusent un transport partagé pourraient se voir refuser l'accès au Tiers payant.

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).

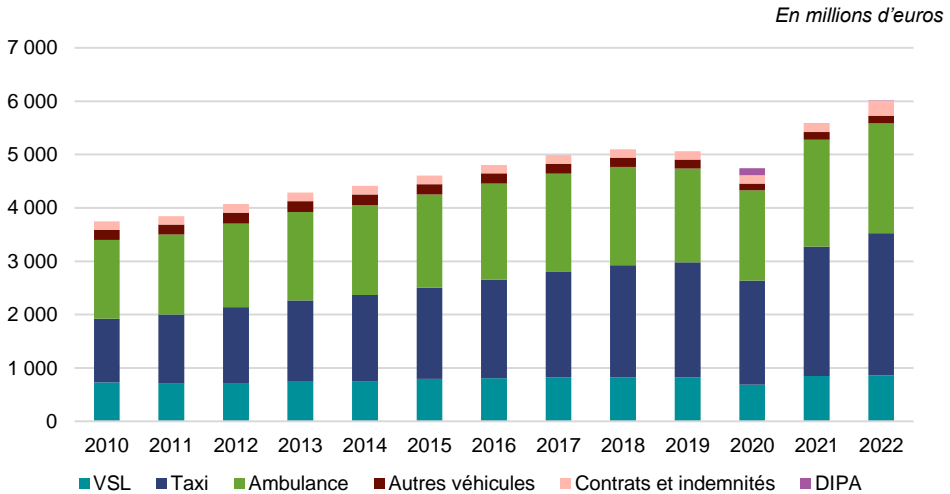
Les trajets en taxi, principal mode de transport, représentent 44 % de la dépense de transports sanitaires en 2022 (*graphique 2*). Les trajets en ambulances constituent 34 % de la dépense ; les VSL 14 % et les autres véhicules 2 %. Le reste de la dépense est composé de contrats et d'indemnités pour 5 % de la consommation en 2022.

Entre 2012 et 2022, la part des dépenses par taxi croît continuellement (+9 points), au détriment de la part des VSL (-3 points), des ambulances (4 points) et des autres véhicules (-3 points).

En 2022, la dépense de transport par taxi (+10,0 %) continue de croître plus rapidement que celle des ambulances (+2,7 %) ou des VSL (+1,5 %).

La croissance de l'emploi salarié dans le secteur du transport sanitaire se poursuit

Le transport sanitaire privé compte 61 900 salariés au 31 décembre 2021 (+3,6 % par rapport au 31 décembre 2020). 90 % sont conducteurs ambulanciers, dont 50 % sont titulaires du diplôme d'État d'ambulancier et 40 % de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier. Par ailleurs, le secteur du transport sanitaire compte 1 300 entreprises sans salariés fin 2020.

Graphique 2 Répartition de la dépense par mode de transport en 2010 et 2022

Lecture > En 2022, les trajets effectués en taxi représentent 2,7 milliards d'euros, soit 44 % 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 2022, celle-ci finance 93,3 % 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 18 % de la population française, mais contribuent à plus de 80 % de la dépense de transports sanitaires.

En 2022, l'État prend en charge 0,4 %¹ de la dépense et les organismes complémentaires 3,1 %. Le reste à charge des ménages s'établit à 3,3 % de la dépense, soit 197 millions d'euros en 2022. Il augmente de 0,2 point par rapport à l'année précédente. Sur longue période, la part de la dépense de transports sanitaires à la charge des ménages augmente, de 1,9 % en 2012 à 3,3 % en 2022. *A contrario*, celle des organismes complémentaires diminue légèrement, de 4,5 % en 2012 à 3,1 % en 2022. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de transports sanitaires par financeur en 2022

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Assurance maladie	5 605	93,3
État	23	0,4
Organismes complémentaires	184	3,1
Ménages	197	3,3
Ensemble	6 009	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

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'Assu-

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

Pour en savoir plus

- > **Cour des comptes** (2023, mai). *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.*
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2023, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance maladie pour 2024.*
- > **Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les transports et la logistique** (2023). *Rapport annuel 2022 de l'OPTL.*

Hors dépenses de tests PCR, la consommation des laboratoires de biologie médicale s'élève à 4,6 milliards d'euros, en baisse de 1,6 % par rapport à 2021. Les ménages financent directement 4,3 % de ces dépenses en 2022.

Les dépenses de tests PCR en laboratoire sont divisées par deux entre 2021 et 2022, de 4,1 milliards d'euros à 2,1 milliards en 2022, en raison du reflux de l'épidémie de Covid-19 et d'une baisse du prix des tests.

La consommation des laboratoires de biologie médicale baisse en 2022

Hors tests PCR, la consommation d'analyses et de prélèvements¹ diminue légèrement en 2022 : -1,6 % en valeur en 2022 (après +5,3 % en 2021). Elle s'établit à 4,6 milliards d'euros en 2022 (tableau 1). Les actes d'analyse constituent 95 % de la dépense de laboratoires de biologie médicale, les prélèvements les 5 % restants.

Cette diminution de la dépense en 2022 s'explique par une baisse de 2,8 % du prix des actes de laboratoires, alors que les volumes progressent faiblement (+1,2 %).

Parmi les principaux groupes d'actes contribuant à la baisse de dépenses, l'hématologie courante, les ionogrammes, l'exploration hépatique et thyroïdienne ont tous subi une baisse de prix en 2022. Seuls les actes de coagulation courante contribuent

à la baisse des dépenses du fait d'une diminution des volumes, les prix de ce groupe d'actes étant resté stables.

À l'inverse, les actes de microbiologie courante et d'hépatites courantes contribuent à la hausse des dépenses, portés par les volumes.

Cette baisse du prix des actes en 2022 n'est pas nouvelle : entre 2012 et 2022, les prix des actes diminuent de façon continue, en moyenne de 2,0 % par an. L'Assurance maladie mène aussi des actions de maîtrise médicalisée (par exemple sur le dosage de la vitamine C) afin de limiter le nombre de prescriptions par les médecins. Sur cette période, entre 2012 et 2022, la croissance de la dépense de laboratoires progresse de 0,8 % par an, un rythme de croissance bien plus faible que celui des autres secteurs de la CSBM.

Tableau 1 Consommation d'analyses et de prélèvements de laboratoires de biologie médicale, hors tests de dépistage PCR

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Actes des laboratoires de biologie médicale, hors tests PCR	4 276	4 432	4 390	4 516	4 455	4 689	4 615
Analyses	4 030	4 227	4 195	4 331	4 318	4 505	4 403
Prélèvements	239	202	191	182	134	180	208
Contrats et prise en charge des cotisations	7	4	4	3	4	4	5
Évolution (en %)	-1,1	1,2	-1,0	2,9	-1,3	5,3	-1,6
Prix (en %)	-4,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6	-3,6	-2,8
Volume (en %)	3,7	2,8	3,4	4,1	-0,8	9,2	1,2
Nombre de laboratoires	4 020	3 840	3 860	3 890	3 920	3 920	4 060

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

¹ Depuis l'édition 2022, afin de se conformer aux définitions utilisées pour les comparaisons internationales, la consommation d'analyses et de prélèvements de laboratoires de biologie médicale exclut les dépenses liées

à la réalisation de tests PCR qui sont classées en dépenses de prévention et présentées à la fin de la fiche pour information.

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

Le nombre de laboratoires de biologie médicale reste globalement stable entre 2012 et 2022 (tableau 1). Cette stabilité s'accompagne d'un mouvement de concentration rapide du secteur autour de grandes sociétés possédant plusieurs laboratoires. Ces regroupements ont débuté à la suite de l'ordonnance de 2010 qui lève l'obligation pour les laboratoires d'être implantés sur un seul et même site. En 2022, les six plus grands groupes de biologie privés concentrent à eux seuls plus de 60 % des sites.

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

En 2022, la Sécurité sociale prend en charge 69,6 % du financement de la dépense de laboratoires et les organismes complémentaires 25,6 % (tableau 2).

La prise en charge par l'État représente 0,5 % de la dépense (aide médicale de l'État et prise en charge des dépenses des anciens combattants).

En 2021, le reste à charge des ménages en biologie médicale s'établit à 0,2 milliard d'euros, soit 4,3 % de cette dépense.

Sur les dix dernières années, la structure du financement a légèrement évolué : la part prise en charge par les ménages a augmenté de 1,3 point entre 2012 et 2022. À l'inverse, le financement par la Sécurité sociale et l'État s'est réduit de 1,5 point, celle des organismes complémentaires restant stable.

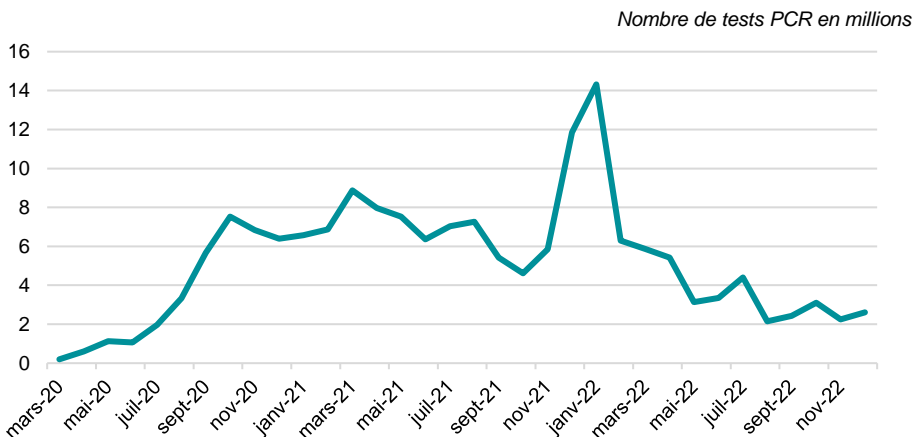
En incluant les dépenses de tests PCR réalisées en laboratoire de biologie médicale, la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie serait plus élevée, à 77,7 % en 2022.

Tableau 2 Répartition des dépenses de laboratoires de biologie médicale par type de financeur en 2022

	Dépenses en 2022 (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	3 213	69,6
État	25	0,5
Organismes complémentaires	1 180	25,6
Ménages	198	4,3
Ensemble	4 615	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Nombre mensuel de tests PCR réalisés entre 2020 et 2022



Note > Les tests PCR incluent à la fois ceux réalisés en laboratoire et à l'hôpital. En 2021, sur 86 millions de tests PCR réalisés en France, 11 millions ont été effectués à l'hôpital.

Source > Système d'information SI-DEP.

Tableau 3 Dépenses de tests PCR réalisés en laboratoires

En millions d'euros

	2020	2021	2022
Dépenses de prévention	1 776	4 060	2 101
Tests PCR	1 649	3 286	1 822
Prélèvements des laboratoires pour tests PCR	127	775	278

Source > DREES, comptes de la santé.

55 millions de tests PCR réalisés en 2022

En 2022, le nombre de tests PCR diminue par rapport à l'année 2021, du fait de la décline de l'épidémie du Covid-19. Tous lieux d'exécution confondus, 55 millions de tests PCR sont réalisés en 2022, contre 86 millions l'année précédente (*graphique 1*).

Le nombre de tests PCR atteint un point haut absolu en janvier 2022 avec 14,3 millions de tests PCR pour lutter contre la vague épidémique due à l'apparition du variant Omicron du virus du Covid-19. Le nombre de tests décroît ensuite régulièrement au cours de l'année 2022, chaque nouvelle vague épidémique étant moins prononcée que la précédente.

Division par deux des dépenses liées aux tests PCR en 2022

Les dépenses des tests PCR¹ en laboratoires s'élevaient en 2022 à 2,1 milliards d'euros, contre 4,1 milliards en 2021 (*tableau 3*). Cette division par deux des dépenses est due à la baisse du nombre de tests PCR, mais aussi à la baisse de 22 % en moyenne annuelle du prix de l'acte d'analyse PCR en 2022.

Les prélèvements constituent 13 % de la dépense de tests PCR (hors prélèvements réalisés par des infirmiers, comptabilisés dans la fiche 6) ; les dépenses liées à l'analyse (détection, forfait pré-analytique et forfait de transmission des données) les 87 % restants.

La Sécurité sociale a pris en charge 95,5 % de la dépense liée aux tests PCR et les ménages les 4,5 % restants, ce qui correspond aux dépenses de tests PCR effectués après le 15 octobre 2021 par des personnes non vaccinées. ■

Pour en savoir plus

- > **Cour des comptes** (2023, mai). *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.*
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2023, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2022, prévisions 2023.*
- > **Académie nationale de Pharmacie** (2022, octobre). *La biologie médicale en France, évolutions et enjeux.* Rapport validé par le conseil d'administration du 5 octobre 2022.

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*).

Les biens médicaux

En 2022, la consommation de médicaments en ambulatoire s'établit à 32,8 milliards d'euros, soit 13,9 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle augmente pour la deuxième année consécutive (+5,3 % après +4,3 %) après six années de baisse régulière (-1,2 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2020). Cette hausse est soutenue par le dynamisme de la consommation en volume (+9,0 %), alors que les prix continuent de baisser (-3,4 %), en raison notamment de l'accroissement des remises conventionnelles. Les trois quarts de ces dépenses sont prises en charge par la Sécurité sociale.

Les dépenses de prévention réalisées par les pharmaciens (tests de dépistage et vaccination contre le Covid-19) augmentent légèrement (+2,4 % en 2022) et s'élèvent 3,2 milliards d'euros.

La consommation de médicaments en ambulatoire en hausse pour la seconde année consécutive

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. Conformément aux définitions internationales, les tests de dépistage du Covid-19 et les vaccins sont comptabilisés parmi les dépenses de prévention ; ils ne font pas partie du poste de la consommation de médicaments en ambulatoire.

En 2022, la consommation de médicaments en ambulatoire s'élève à 32,8 milliards d'euros, en hausse de 5,3 % par rapport à 2021 (tableau 1). Elle augmente pour la seconde année consécutive (+4,3 % en 2021), après une baisse quasi continue entre 2014 et 2020 (-1,2 % en moyenne annuelle).

La progression enregistrée en 2022 est liée à plusieurs facteurs :

- La baisse des prix des médicaments est moins forte ces deux dernières années que lors de la précédente décennie. Elle était en moyenne de 4,2 % par an entre 2010 et 2020¹ contre 3,3 % en 2021 et -3,4 % en 2022 (graphique 1). Pour les médicaments remboursables (neuf dixièmes des dépenses), cela s'explique par une régulation par les prix plus modérée. Pour les médicaments non remboursables, les prix sont libres et augmentent de 1,8 % en 2022 après +1,5 % en 2021.

L'effet prix intègre la progression des remises conventionnelles² 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 2012 à 3,8 milliards d'euros en 2022. En 2022, elles augmentent encore fortement, de 0,7 milliard d'euros par rapport à 2021³. Les remises « à la première boîte⁴ » représentent aujourd'hui deux tiers du montant total de remises, contre moins de 1 % en 2012. Cette progression participe à un découplage croissant entre le prix facial des médicaments et son prix réel pour le système de santé.

¹ 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.

² 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. Dans le cadre central de la comptabilité nationale, seules les remises ATU sont prises en compte, les autres remises produites étant comptabilisées comme des impôts.

³ 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.

⁴ Les remises à la première boîte correspondent au versement par les industriels du différentiel entre le prix facial et le prix net négocié au Comité économique des produits de santé (CEPS).

- L'augmentation en volume (+9,0 %) est particulièrement élevée, comme en 2021. Elle s'explique tout d'abord par une forte progression des dépenses dans quelques classes thérapeutiques spécifiques : les traitements du cancer, les traitements de la mucoviscidose, les immunosuppresseurs, ainsi que les antidiabétiques. La montée en charge de plusieurs traitements innovants soutient aussi la dynamique des dépenses : les dépenses des médicaments à base d'ivacaftor pour le traitement de la mucoviscidose (Orkambi[®], Kalydeco[®], Kaftrio[®] et Symkevi[®]) augmentent de 300 millions d'euros, celles de Vyndaqel[®], traitement de l'amylose cardiaque, de 250 millions d'euros et celles du traitement de l'hémophilie Hemlibra[®] de 160 millions d'euros. Elle s'explique ensuite par une progression du nombre de boîtes délivrées. Principalement porté par des médicaments unitairement peu coûteux (paracétamol, antibiotiques, préparations nasales, traitements du rhume et de la toux et corticoïdes à usage systémique), le nombre de boîtes

de médicaments remboursables croît de 3,7 %. Celui de médicaments non remboursables augmente de 10,2 % et le nombre global de boîtes de médicaments délivrées s'accroît ainsi de 4,5 % en 2022 par rapport à 2021.

Les honoraires de dispensation (HDD) augmentent de 5,7 % cette année, une évolution reflétant notamment celle du nombre de boîtes remboursables délivrées.

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). La nouvelle convention nationale des pharmaciens de mars 2022 a créé deux volets au sein de la ROSP : « Développement du numérique en santé et l'amélioration de l'accès aux soins » et « Bon usage des produits de santé ».

Tableau 1 Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises conventionnelles et rétrocession hospitalière)

En millions d'euros

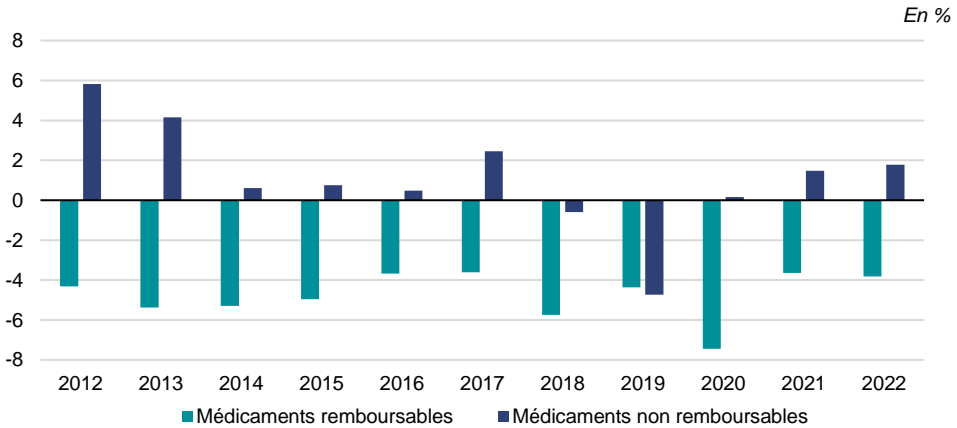
	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	32 098	31 511	30 865	30 686	29 831	31 108	32 768
Médicaments remboursables	29 173	29 347	29 243	29 478	29 721	31 726	33 823
délivrés en officine, avec prescription	26 575	22 682	23 217	22 750	22 621	24 542	26 508
délivrés en officine, sans prescription ou non présentés au remboursement	867	786	722	715	693	727	795
délivrés en officine, HDD ¹	0	2 693	2 659	3 526	3 984	3 861	4 082
rétrocédés	1 730	3 186	2 646	2 487	2 424	2 596	2 438
Médicaments non remboursables	3 011	2 746	2 810	2 573	2 314	2 355	2 598
Rémunérations forfaitaires hors HDD	191	337	333	242	225	99	120
Remises conventionnelles	-277	-920	-1 521	-1 608	-2 502	-3 072	-3 773
DIPA ²					72	1	0
Évolution du total (en %)	-1,0	0,1	-2,0	-0,6	-2,8	4,3	5,3
Prix (en %)	-3,5	-3,1	-5,3	-4,4	-6,9	-3,3	-3,4
Volume (en %)	2,6	3,3	3,4	4,0	4,4	7,8	9,0

1. Honoraire de dispensation.

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

Note > Ces montants sont plus élevés que ceux présentés dans la fiche 14. En effet, ces derniers sont restreints aux ventes en officine de ville, ce qui correspondrait aux trois lignes *Médicaments remboursables délivrés en officine, avec prescription*, *Médicaments remboursables délivrés en officine, sans prescription ou non présentés au remboursement* et *Médicaments non remboursables*. De plus, la fiche 14 porte sur la France métropolitaine et les prix fabricant hors taxes (PFHT), ce qui exclut les marges des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens, les taxes et les remises commerciales aux pharmaciens.

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

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

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 coûteuses, n'y est donc pas retracé et fait partie de l'« effet volume ».

Lecture > En 2022, l'indice de prix des médicaments remboursables diminue de 3,8 %, celui des médicaments non remboursables augmente de 1,8 %.

Champ > France métropolitaine.

Source > Insee.

10 % des dépenses de médicaments en ambulatoire non présentées au remboursement

Une fois déduites les remises conventionnelles, les médicaments présentés au remboursement représentent 90 % des achats de médicaments en ambulatoire (*tableau 1*). Les dépenses non présentées au remboursement s'élèvent à 3,4 milliards d'euros en 2022. Elles sont constituées des médicaments non remboursables pour 2,6 milliards d'euros et des médicaments remboursables (achetés sans prescription ou non présentés au remboursement) pour 0,8 milliard d'euros.

La consommation de médicaments comprend, en plus des médicaments délivrés en ambulatoire, ceux dispensés dans les hôpitaux et les cliniques. Leur coût est alors soit intégré dans le coût global des séjours (médicaments « intra-GHS ») soit facturés séparément (« en sus des GHS »). Les dépenses de médicaments de la liste en sus s'élèvent à 4,7 milliards d'euros en 2022 (*tableau 2*), en nette augmentation par rapport à 2021 (4,2 milliards d'euros). La majeure partie de la croissance de ces dépenses est liée aux anticorps monoclonaux, notamment aux traitements du cancer Keytruda® (+250 millions d'euros) et Darzalex® (+240 millions d'euros).

Dans ce secteur aussi, les remises prennent désormais une place prépondérante (2,3 milliards d'euros en 2022, contre 0,1 milliard d'euros en 2012), attestant là aussi d'une déconnexion progressive du prix facial et du prix réel pour le système de santé.

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)¹.

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

En 2022, la Sécurité sociale² finance 74,9 % de la dépense de médicaments en ambulatoire (*tableau 3*). L'État en prend en charge 0,3 % et les organismes complémentaires 10,9 %. Le reste à charge des ménages représente 13,8 % de la dépense, soit 4,5 milliards d'euros.

Entre 2012 et 2022, la part des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires a baissé (-4,5 points), de même que celle restant à la charge des ménages (-0,7 point). En parallèle, la part de la Sécurité sociale dans le financement global a progressé de 6,2 points.

¹ Début juillet 2021, ce régime a été refondu : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été remplacées par deux nouveaux dispositifs, l'accès précoce et l'accès compassionnel, ce afin de simplifier et d'accélérer les circuits de mise à disposition sur le marché.

² 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.

Cette bascule s'explique, pour une grande partie, par le poids croissant de certaines thérapeutiques dont le taux de remboursement par la Sécurité sociale avoisine les 100 % (traitements contre le cancer ou la mucoviscidose, et immunosuppresseurs), au détriment de traitements moins bien pris en charge.

Une stabilité des effectifs des pharmaciens

Au 1^{er} janvier 2022, 73 600 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 2022).

Tableau 2 Consommation de médicaments en ambulatoire et de la liste en sus en 2022

En millions d'euros

Consommation de médicaments en ambulatoire et médicaments en sus (y compris remises)									
37 459									
Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises)				Consommation de médicaments en sus (y compris remises)					
32 768				4 691					
Achats de médicaments en ambulatoire (hors remises)			Remises conventionnelles		Médicaments en sus (hors remises)		Remises conventionnelles		
36 541			-3 773		7 039		-2 348		
Dépense présentée au remboursement		Dépense non présentée au remboursement							
	33 148	3 393							
Prestations de la Sécurité sociale	27 587	Médicaments non remboursables	2 598	En officine de ville	-3 773	Délivrés à l'hôpital	5 877	À l'hôpital	-1 940
Prestations de l'État	115	Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription	795			Délivrés en clinique	1 162	En clinique	-409
Prestations au titre de la CSS	490								
Ticket modérateur hors CSS	4 167								
Franchises	669								
Contrats et rémunérations forfaitaires	120								
DIPA	0								

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de médicaments par financeur en 2022

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	24 549	74,9
État	101	0,3
Organismes complémentaires	3 586	10,9
Ménages	4 532	13,8
Ensemble	32 768	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de prévention s'élèvent à 3,2 milliards d'euros en 2022

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 3,2 milliards d'euros en 2022 (tableau 4).

Les trois quarts de ces dépenses correspondent à des actes réalisés dans le cadre de l'épidémie de Covid-19. La majorité de ce montant se rapporte au dépistage du virus : réalisation de tests antigéniques (2,0 milliards d'euros) et délivrance d'autotests

(0,2 milliard d'euros). 85 millions de tests antigéniques pour la détection de l'infection au Covid-19 ont été réalisés en 2022 (82 millions en 2021), très majoritairement par des pharmaciens (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 0,2 milliard d'euros.

Enfin, les dépenses de délivrance de vaccins (hors Covid-19) en officine de ville s'élèvent à 0,7 milliard d'euros en 2022. ■

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

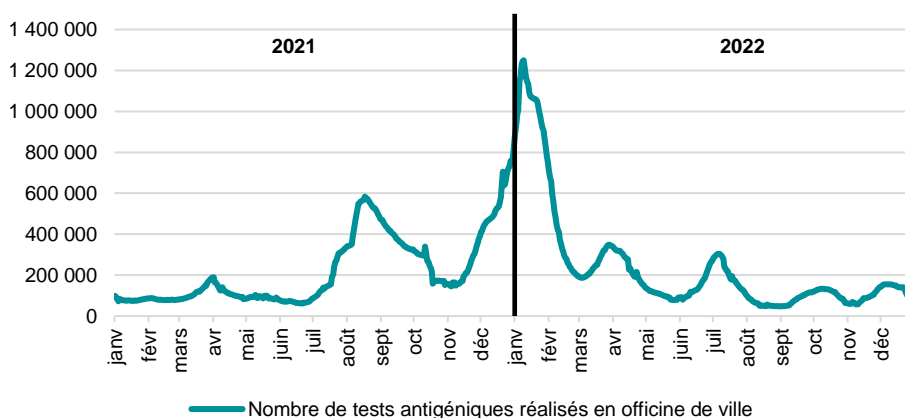
En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prévention	512	443	557	585	849	3 083	3 157
Tests antigéniques Covid-19 réalisés en officine de ville					207	2 172	1 953
Délivrance d'autotests Covid-19					61	73	237
Vaccination contre le Covid-19 réalisée en officine de ville					0	218	212
Vaccination contre le Covid-19 réalisée hors officine de ville ¹					0	8	6
Délivrance de vaccins (hors Covid-19)	512	443	557	585	582	612	749

1. Vacances des pharmaciens en centres de vaccination.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Nombre de tests antigéniques réalisés par jour en 2021 et 2022



— Nombre de tests antigéniques réalisés en officine de ville

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.
- > **NèreS** (2023, janvier). *Baromètre 2022 des produits de santé et de prévention de premier recours en pharmacie*.
- > **Comité économique des produits de santé** (2022, décembre). *Rapport d'activité 2021*.
- > **Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.

En 2022, les pharmacies d'officine ont acheté pour 25,1 milliards d'euros de médicaments (valorisés au prix hors taxes) auprès des laboratoires pharmaceutiques, en hausse de presque 4 milliards d'euros en deux ans. Cette dépense est essentiellement composée de médicaments remboursables (92 %), en forte hausse par rapport à 2021 (+9,7 %), portée par les médicaments remboursés à 65 %. Les médicaments inscrits au répertoire des génériques représentent toujours la moitié des boîtes de médicaments remboursables vendues et presque un tiers du chiffre d'affaires. Par ailleurs, le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables retrouve son niveau de 2018, 2 milliards d'euros, après trois années consécutives de baisse.

Une hausse marquée du chiffre d'affaires des médicaments vendus aux officines en 2022

En 2022, le marché des médicaments vendus aux officines¹ se compose de 13 300 présentations de médicaments différentes pour un chiffre d'affaires (CA) de 25,1 milliards d'euros² en France métropolitaine, valorisés aux prix catalogue des laboratoires (hors taxes) [tableau 1], c'est-à-dire notamment hors remises pharmaceutiques. Après plusieurs années de faible évolution du CA des ventes aux officines jusqu'en 2020 (entre -2,5 % et +2,5 %, fluctuant entre 20 et 21 milliards d'euros), puis une hausse de 7,7 % en 2021, le CA augmente encore davantage en 2022 (+10,3 %). Le marché a ainsi progressé de presque 4 milliards d'euros en deux ans.

Ce marché se compose essentiellement de médicaments remboursables, à hauteur de 83 % du nombre de présentations et de 92 % du chiffre d'affaires. Les ventes aux officines de médicaments remboursables augmentent de 9,7 % en 2022, atteignant un montant de 23,2 milliards d'euros. Après une période de relative stabilité, entre 18 et 19 milliards d'euros entre 2013 et 2018, ces ventes ont fortement augmenté depuis. Cette évolution peut se décomposer en plusieurs facteurs : un effet prix, un effet volume, un effet structure de type de médicaments vendus et un effet entrées et sorties de médicaments sur le marché (voir Comptes de la Sécurité sociale, 2023).

Le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables, en hausse de 18 % par rapport à 2021, retrouve son niveau de 2,0 milliards d'euros de 2018.

Tableau 1 Ventes de médicaments aux officines

En milliards d'euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble des médicaments	20,4	20,0	20,0	20,1	20,1	20,6	21,0	21,2	22,8	25,1
Évolution (en %)	-2,3	-2,0	0,1	0,2	0,3	2,5	2,0	0,6	7,7	10,3
Médicaments non remboursables	2,0	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7	2,0
Évolution (en %)	-3,0	-3,0	7,1	2,1	1,6	-4,8	-5,5	-11,9	-0,8	18,0
Médicaments remboursables	18,4	18,1	18,0	18,0	18,0	18,6	19,1	19,5	21,1	23,2
Évolution (en %)	-2,2	-1,9	-0,6	-0,1	0,1	3,3	2,8	1,9	8,4	9,7

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 13. Par ailleurs, son champ est réduit à la France métropolitaine et exclut notamment les rétrocessions hospitalières.

Les médicaments remboursés à 65 % tirent les ventes de médicaments remboursables

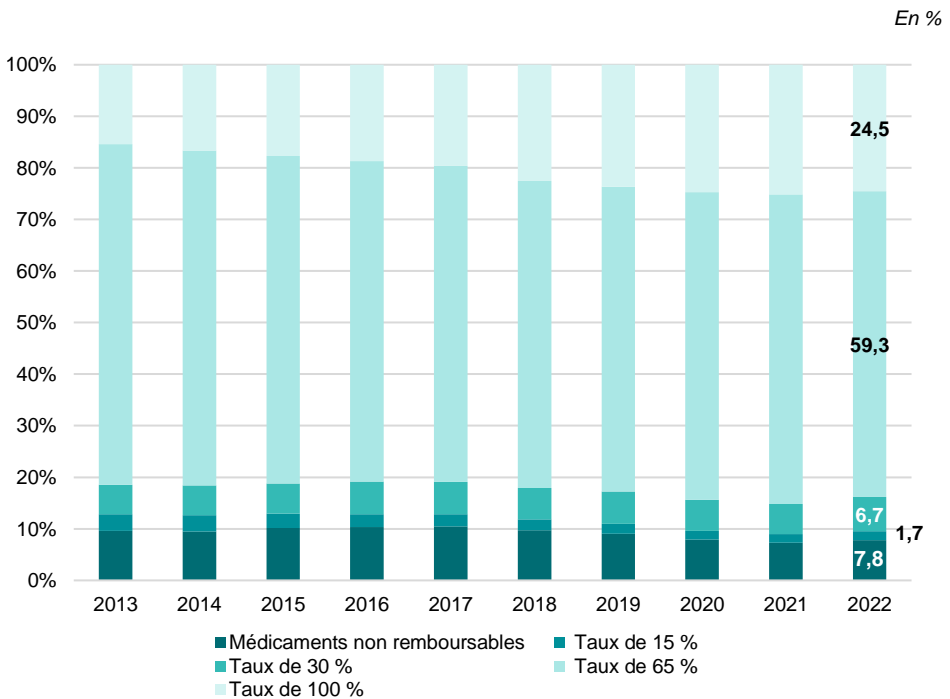
Les médicaments remboursés au taux de 65 %, dont le service médical rendu est considéré comme majeur ou important, représentent 59,3 % du chiffre d'affaires total en 2022. La vente de ces médicaments aux officines augmente de 1,2 milliard d'euros (soit +8,9 %) entre 2021 et 2022.

Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, reconnus comme irremplaçables et coûteux, prescrits notamment en cas de pathologies lourdes et graves, connaît également une forte hausse en 2022 (+430 millions d'euros, soit +7,5 %), mais ne représente que 24,5 % du chiffre d'affaires total. Cette hausse s'explique notamment par l'augmentation du chiffre d'affaires de médicaments anticancé-

reux, de médicaments de défense du système immunitaire (anticorps monoclonaux) et de médicaments traitant le système lymphatique (ganglions, rate, thymus, amygdales...). La part de marché des médicaments totalement remboursés a augmenté de 10 points depuis 2013, passant de 15,4 % cette année-là à 24,5 % en 2022 (graphique 1).

Les chiffres d'affaires des médicaments remboursés à 15 % et à 30 %, qui ne pèsent au total que 8,4 % du chiffre d'affaires des médicaments, augmentent respectivement de 15,5 % et 26,1 % en 2022. Le plus important chiffre d'affaires pour ces deux catégories de médicaments, réalisé par ceux contenant du sémaglutine (traitement contre le diabète), a augmenté de plus de 50 % entre 2021 et 2022. Le nintedanib, utilisé dans le traitement de certains types de cancer du poumon, se hisse à la troisième place du classement des chiffres d'affaires les plus élevés, derrière un autre antidiabétique.

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 2022, les médicaments remboursés à 100 % représentent 24,5 % du marché.

Champ > Ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS, traitements DREES.

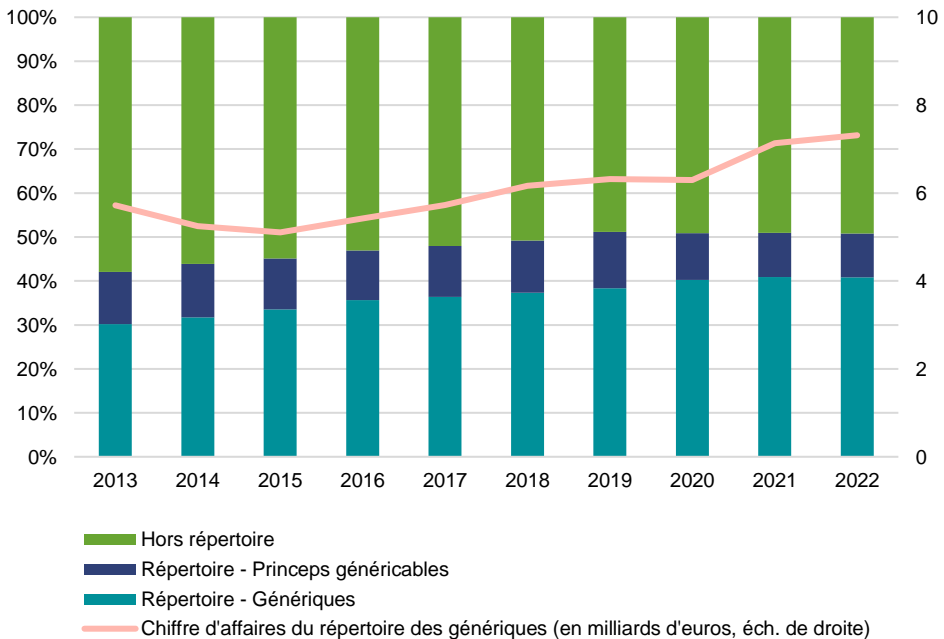
Une progression modeste des génériques

En 2022, le seuil d'un milliard de boîtes de médicaments génériques vendues aux officines a été franchi. Les médicaments génériques représentent toujours 40,9 % des boîtes de médicaments remboursables vendues, comme en 2021, mais en hausse de plus de 10 points depuis 2013 (graphique 2). En revanche, les princeps génériques ne représentent plus que 10 % des boîtes de médicaments remboursables vendues en 2022, après avoir oscillé entre 11 % et 13 % entre 2013 et 2019. Au total, en 2022, les médicaments du répertoire générique¹ représentent, en nombre de boîtes, 51 % des médicaments remboursables et presque un tiers du chiffre d'affaires (soit 7,3 milliards d'euros). Si la part du répertoire générique en nombre de

boîtes parmi les médicaments remboursables a augmenté de 9 points depuis 2013, celle du CA est relativement stable par rapport à 2013, dans un contexte de marché en croissance globale.

Par ailleurs, les médicaments du répertoire générique soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)² représentent un chiffre d'affaires de 1,8 milliard d'euros soit 24,1 % de l'ensemble du répertoire en 2022. Cette part est en constante augmentation depuis 2011 (12,4 % cette année-là). Les médicaments génériques du répertoire sous TFR dégagent un chiffre d'affaires trois fois plus important que celui de ses princeps génériques associés alors que les médicaments génériques du répertoire non soumis au TFR enregistrent un chiffre d'affaires équivalent aux princeps génériques associés.

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



Lecture > En 2022, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 50,8 % du nombre de boîtes vendues, dont 40,8 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 7,32 milliards d'euros.

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

Source > GERS, traitements DREES.

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

² Lorsque les génériques sont insuffisamment prescrits au sein d'un groupe générique, la base de remboursement du princeps est fixée au prix du générique le moins

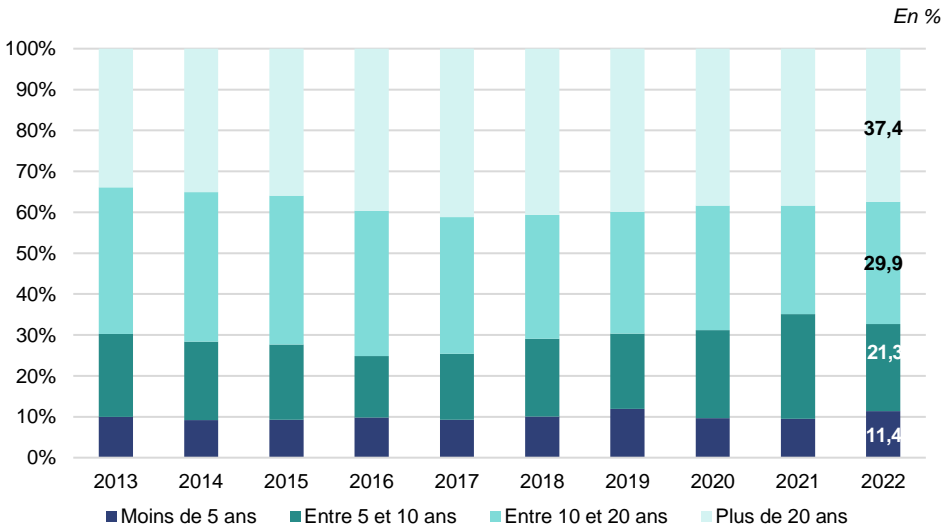
cher de son groupe, nommé tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le TFR est l'un des mécanismes de régulation du coût des médicaments pour les administrations publiques, piloté par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Une part de marché des molécules plus récentes en recul en 2022

En 2022, les médicaments âgés¹ de plus de vingt ans représentent 37,4 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (*graphique 3*), suivis par ceux mis sur le marché depuis dix à vingt ans (29,9 % du marché). Cela s'explique par les volumes très importants vendus, et non par les prix unitaires bien plus faibles que ceux des médicaments de moins de dix ans.

Les médicaments de moins de dix ans comptent pour près d'un tiers du chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus aux officines, en recul de deux points par rapport à 2021 alors qu'il était en progression constante depuis 2016 (24,8 % cette année-là). Néanmoins, cette part reste inférieure aux 40,0 % observés en 2007. ■

Graphique 3 Parts 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 2022, les médicaments âgés de vingt ans ou plus représentent 37,4 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.

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

Source > GERS, traitements DREES.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2022, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance maladie pour 2023*.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2023, mai). Le marché du médicament en 2022. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2022, prévisions 2023*, pp. 112-117.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2022, décembre). *Rapport d'activité 2021*.

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.

15 L'optique médicale

En 2022, la consommation d'optique médicale s'élève à 7,3 milliards d'euros, soit 3,1 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux. Après avoir chuté en 2020 (-9,9 %), puis rebondi en 2021 (+16,2 %), la consommation est quasi stable en 2022 (+0,2 %). La part du reste à charge des ménages baisse en 2022 de 3,9 points pour s'établir à 22,1 % de la dépense.

La consommation d'optique médicale se stabilise en 2022

La consommation d'optique médicale reste stable en 2022 (+0,2 %) et s'établit à 7,3 milliards d'euros. Cette stabilité fait suite à un mouvement de ciseau sur les deux années précédentes, du fait de l'impact de la crise sanitaire (-9,9% en 2020 suivi de +16,2 % en 2021). La consommation est soutenue, en 2020, par une faible augmentation de prix (+0,8 %), mais

le volume d'optique médicale diminue de 0,6 %. Mise en place depuis 2020 sur le secteur de l'optique médicale, la réforme du 100 % santé couvre la consommation de verres et de montures, soit 92 % du total (*fiche 17*). Les dépenses du panier A « 100 % santé » de biens d'optiques, hors lentilles et examens, sont en hausse en 2022 (+7,4 %). Sa part reste néanmoins très minoritaire (6 % de la dépense en 2022), dont 5 % pour les verres et 1 % pour les montures.

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consommation totale	5 982	6 216	6 492	6 931	6 245	7 256	7 272
Verres	3 861	4 051	4 240	4 529	4 152	4 840	4 839
Montures	1 742	1 787	1 856	1 981	1 647	1 896	1 876
Lentilles	380	378	396	421	447	519	557
Évolution (en %)	3,9	-1,4	4,4	6,8	-9,9	16,2	0,2
Prix (en %)	0,8	0,1	1,2	0,5	0,6	0,5	0,8
Volume (en %)	3,1	-1,4	3,2	6,2	-10,4	15,6	-0,6

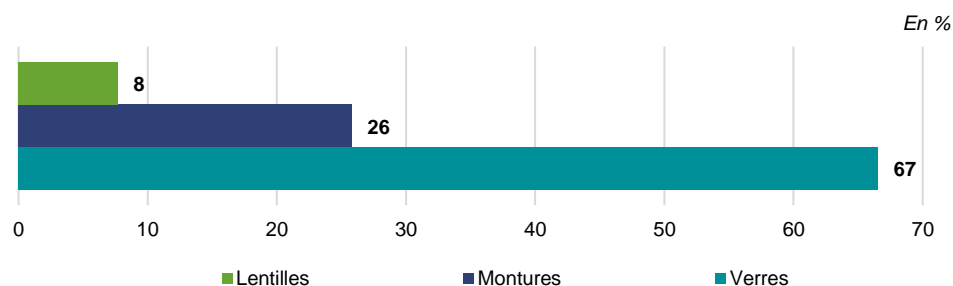
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Les verres représentent les deux tiers de la consommation d'optique médicale

La structure de la consommation d'optique médicale reste stable en 2022 : les verres représentent 67 %

de la dépense, les montures 26 % et les lentilles 8 % (*graphique 1*). La quasi-totalité de ces dépenses (98 %) sont réalisées auprès des opticiens (*graphique 2*), contre 92 % dix ans auparavant.

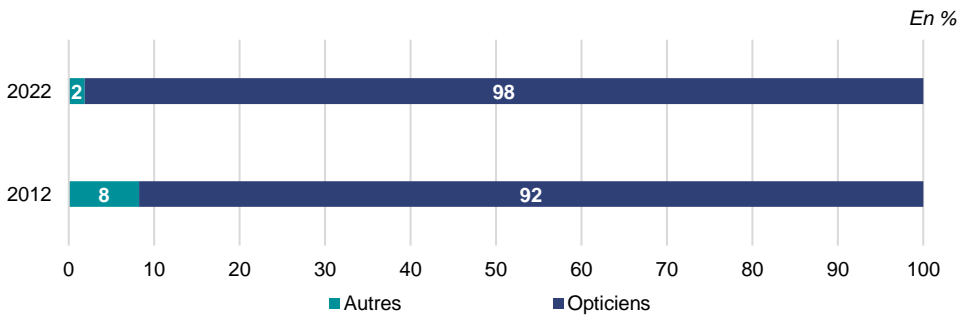
Graphique 1 Répartition de la consommation d'optique médicale en 2022



Note > La part des examens est agrégée à la catégorie « Lentilles ».

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'optique.
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 72,9 % de la dépense d'optique médicale (tableau 2). Cette part est nettement supérieure à celle des autres secteurs de la CSBM. Elle est en hausse par rapport à 2021 (+3,7 points) et retrouve un niveau proche de celui de 2018, après trois années marquées par la mise en place de la réforme du 100 % santé et la crise sanitaire. Parallèlement, le reste à charge des ménages diminue en 2022

(- 3,9 points), à 22,1 %. Concernant les dépenses du panier 100 % santé sans reste à charge, la part des ménages est par construction quasi nulle ; le financement de ces dépenses se répartit entre la Sécurité sociale (53 % du financement) et les organismes complémentaires (47 %).

La Sécurité sociale finance les 5,0 % de la dépense restante. Enfin, la prise en charge des dépenses par l'État est quasi nulle (inférieure à 1 million d'euro en 2022) depuis le transfert, en 2021, de la complémentaire santé solidaire (CSS) vers la Sécurité sociale. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de soins d'optique par type de financeur en 2022

En milliards d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	0,4	5,0
État	0,0	0,0
Organismes complémentaires	5,3	72,9
Ménages	1,6	22,1
Ensemble	7,3	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.

La consommation de biens médicaux hors optique médicale représente 12,7 milliards d'euros en 2022. Elle progresse de 1,4 % par rapport à l'année dernière, après une forte augmentation en 2021 (+8,6 %) portée par les audioprothèses. En effet, la consommation de prothèses auditives marque le pas en 2022 (-2,5 % après +60,6 %). La consommation des autres produits, à l'exception des masques, augmente.

La participation des organismes complémentaires au financement de ces biens s'est stabilisée après la hausse importante enregistrée en 2021, en lien avec l'entrée en application complète de la réforme du 100 % santé pour les audioprothèses.

La consommation de biens médicaux hors optique ralentit en 2022

La consommation de biens médicaux hors optique médicale¹ consommée en ville augmente de 1,4 % en 2022, pour un montant de 12,7 milliards d'euros (tableau 1). Elle ralentit en 2022 après deux années de très forte croissance (+8,4 % en 2020, +8,6 % en 2021) portée par les achats de masques chirurgicaux et FFP2 dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, ainsi que par la consommation d'audioprothèses soutenue par la montée en charge du 100 % santé. Bien que ces deux postes reculent légèrement en 2022, ils se maintiennent à un niveau très élevé. La consommation de biens médicaux hors optique médicale est supérieure de près de 20 % à son niveau de 2019.

En 2022, les prix des autres biens médicaux sont restés stables (+0,1 %) après une très forte baisse en 2021 (-15,6 %) en raison de la chute du prix des masques cette année-là (estimée à -82 %). Après avoir vivement progressé en 2021, sous l'effet de la consommation de masques et d'audioprothèses, la consommation des autres biens médicaux ralentit nettement en volume (+1,3 % après +28,6 % en 2021).

La baisse des dépenses d'audioprothèses entraîne un ralentissement global des biens médicaux

Les matériels, aliments et pansements représentent les deux tiers de la dépense en autres biens médicaux (66 %) ; les orthèses et prothèses 17 % ; les audioprothèses 16 % et les véhicules pour personne handicapée physique (VHP) les 2 % restants.

La catégorie des « matériels, aliments et pansements » est très vaste et inclut notamment 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. La consommation de ces produits augmente en valeur de 2,0 % en 2022, une évolution nettement inférieure à celle observée entre 2011 et 2019 (+5,0 % en moyenne annuelle). Les matériels médicaux et les produits d'origine humaine sont en hausse de 2,4 % et les pansements de 2,9 %. En revanche, les dépenses de masques baissent de nouveau en 2022 (-6,5 % après -44,1 %) en lien avec le reflux progressif de l'épidémie de Covid-19. Cette baisse est toutefois bien moins importante que celle observée entre 2020 et 2021 du fait de la baisse du prix des masques.

¹ 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 15). La dépense d'optique médicale représente, en 2022, 36 % de la dépense totale en biens médicaux.

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

Dans cette fiche, ne sont pris en compte que les biens médicaux délivrés en ville ; la part consommée à l'hôpital et en clinique étant comptabilisée dans les dépenses des établissements de santé. Les dépenses de dispositifs médicaux facturés en sus dans les établissements de santé représentent, en 2022, 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.

Tableau 1 Consommation des biens médicaux, hors optique médicale

	En millions d'euros						
	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consommation totale	7 515	9 909	10 267	10 646	11 539	12 531	12 706
Matériels, aliments et pansements	5 045	6 614	6 855	7 066	8 222	8 197	8 357
Matériels, POH ¹	4 278	5 628	5 835	6 059	6 368	6 685	6 846
Masques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	852	476	445
Pansements	767	987	1 020	1 008	1 003	1 036	1 066
Prothèses, orthèses	1 479	1 939	1 946	2 086	1 846	2 069	2 132
Audioprothèses	830	1 158	1 254	1 257	1 263	2 027	1 977
Véhicules pour handicapé physique	162	198	212	237	208	239	241
Évolution (en %)	5,0	4,4	3,6	3,7	8,4	8,6	1,4
Prix (en %)	0,0	0,2	-0,7	0,3	4,2	-15,6	0,1
Volume (en %)	5,0	4,2	4,3	3,3	4,0	28,6	1,3

n.d. : non disponible.

1. Produits d'origine humaine.

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

Les « prothèses et orthèses » regroupent des dispositifs internes ou externes de compensation ou de remplacement des fonctions corporelles, à l'exclusion des audioprothèses, faisant l'objet d'une comptabilisation spécifique. La consommation augmente de nouveau en 2022 (+3,1 %), après un rebond important en 2021 (+12,1 %) lié à la levée des mesures de restrictions sanitaires.

Les « audioprothèses » rassemblent tous les appareils auditifs correcteurs de surdité. Leur consommation se replie un peu en 2022 (-2,5 %), à la suite d'une hausse exceptionnelle en 2021 (+60,6 %), due à la réforme du 100 % santé (fiche 17). La baisse des dépenses concerne les audioprothèses du panier A « 100 % santé » (-4,5 %) comme le panier à tarif libre (-1,8 %). La répartition entre les deux paniers reste stable : les audioprothèses du panier 100 % santé représentent un peu moins d'un quart des dépenses, comme en 2021.

Enfin, la consommation de véhicules pour personne handicapée physique (VHP) augmente faiblement en 2022 (+0,7 %), après deux années marquées par la crise sanitaire (+14,7 % en 2021 après -12,0 % en 2020).

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

En 2022, les biens médicaux hors optique médicale sont pris en charge à 65,5 % par la Sécurité sociale, 0,3 % par l'État et 17,4 % par les organismes complémentaires (tableau 2). Les ménages financent les 16,8 % restants, soit 2,1 milliards d'euros en 2022.

La part à la charge des ménages demeure plus élevée pour les audioprothèses (35,7 %) que pour les prothèses, orthèses et VHP (11,0 %) et les matériels, aliments et pansements (14,0 % en 2022).

Entre 2012 et 2022, la part à la charge des ménages a baissé de 2,4 points (graphique 1) et celle de la Sécurité sociale de 2,3 points. Ces baisses de prise en charge sont compensées par la hausse de la contribution des organismes complémentaires (+5,4 points sur la même période). Cette hausse de la participation des organismes complémentaires s'est principalement produite entre 2020 et 2021 (+3,8 points) sous l'effet de la réforme du 100 % santé qui prévoyait une hausse de la participation des organismes complémentaires pour les audioprothèses du panier 100 % santé sans reste à charge. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux, hors optique médicale, par type de financeur en 2022

En millions d'euros

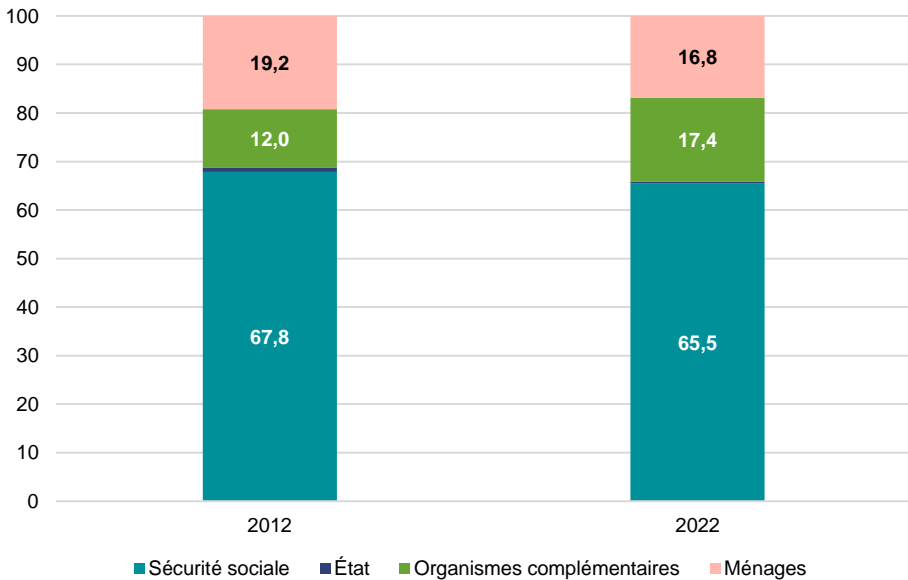
	Autres biens médicaux		Matériel, aliments et pansements		Prothèses, orthèses et VHP		Audioprothèses	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 325	65,5	6 579	78,7	1 305	55,0	442	22,4
État	35	0,3	28	0,3	7	0,3	0	0,0
OC ¹	2 207	17,4	579	6,9	799	33,7	829	41,9
Ménages	2 140	16,8	1 172	14,0	262	11,0	706	35,7
Total	12 706	100,0	8 357	100,0	2 373	100,0	1 977	100,0

1. Organismes complémentaires.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux par type de financeur en 2012 et en 2022

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2022, l'offre 100 % santé se stabilise pour les trois postes : optique médicale hors lentilles, prothèses auditives et dentaires. Pour les prothèses dentaires, le 100 % santé représente 43 % de la dépense ; après une très forte augmentation en 2021, ces dépenses sont quasiment stables en 2022. Pour les audioprothèses, le 100 % santé représente une part un peu plus basse (24 %) et les dépenses se replient en 2022, après une très forte hausse en 2021. En optique médicale hors lentilles, la part des équipements du 100 % santé, bien qu'en hausse, reste faible en comparaison des équipements à tarif libre.

La réforme du 100 % santé s'accompagne d'une baisse prononcée de la part financée par les ménages pour les audioprothèses (36 % pour les audioprothèses en 2022 contre 63 % en 2018, dernière année avant la mise en place progressive de la réforme) et pour les prothèses dentaires (15 % contre 34 %). Ce n'est pas le cas pour le poste d'optique médicale hors lentilles (23 % en 2022 comme en 2018).

L'offre 100 % santé se stabilise en 2022

Quatre années après son lancement (*encadré*), l'offre 100 % santé se stabilise pour les trois postes concernés par cette réforme : optique médicale hors lentilles, prothèses auditives et dentaires. Portées à la fois par la reprise d'activité à la suite de la levée des restrictions sanitaires, mais aussi par la montée en charge de la réforme, les dépenses augmentent

fortement en 2021 pour ces trois postes (+60,6 % pour les audioprothèses, +16,2 % pour l'optique médicale hors lentilles, +20,1 % pour les prothèses dentaires) [tableau 1]. En 2022, elles se replient légèrement pour les audioprothèses (-2,5 %) et sont quasiment stables en optique médicale hors lentilles (-0,3 %) et pour les prothèses dentaires (+0,7 %).

Tableau 1 Dépense totale des postes du 100 % santé et par panier

a. En niveau

En millions d'euros

	2019	2020	2021	2022
Audioprothèses	1 257	1 263	2 027	1 977
Classe I – 100 % santé	88	62	496	474
Classe II - Tarif libre	1 169	1 200	1 532	1 503
Optique médicale hors lentilles		5 799	6 737	6 715
Panier A – 100 % santé		278	353	379
Panier B - Tarif libre		5 521	6 383	6 335
Prothèses dentaires	5 677	5 849	7 024	7 072
100 % santé	1 244	2 259	2 998	3 022
Tarif modéré	1 282	1 672	1 981	1 993
Tarif libre	3 151	1 918	2 045	2 057

b. En évolution

En %

	2019	2020	2021	2022
Audioprothèses		0,5	60,6	-2,5
Classe I – 100 % santé		-29,2	694,1	-4,5
Classe II - Tarif libre		2,7	27,6	-1,8
Optique médicale hors lentilles			16,2	-0,3
Panier A – 100 % santé			27,1	7,4
Panier B - Tarif libre			15,6	-0,8
Prothèses dentaires		3,0	20,1	0,7
100 % santé		81,6	32,7	0,8
Tarif modéré		30,4	18,5	0,6
Tarif libre		-39,1	6,6	0,6

Source > DREES, comptes de la santé.

La consommation d'audioprothèses diminue un peu en 2022

La dépense totale d'audioprothèses diminue en 2022 pour les deux classes

Après une hausse exceptionnelle en 2021 (+60,6 %), les dépenses d'audioprothèses se replient légèrement en 2022 (-2,5 %) et s'établissent à 2,0 milliards d'euros (tableau 1), dont 24 % en 100 % santé.

En 2021, la consommation d'équipements 100 % santé (classe I) avait fortement augmenté, d'environ 60 millions d'euros en 2020 à près de 500 millions d'euros en 2021. Les audioprothèses au tarif libre (classe II) avaient probablement bénéficié d'un effet d'entraînement (+27,6 %). Après cette année exceptionnelle, les deux classes d'équipement marquent le pas en 2022 (-4,5 % pour les équipements du 100 % santé et -1,8 % pour les équipements à

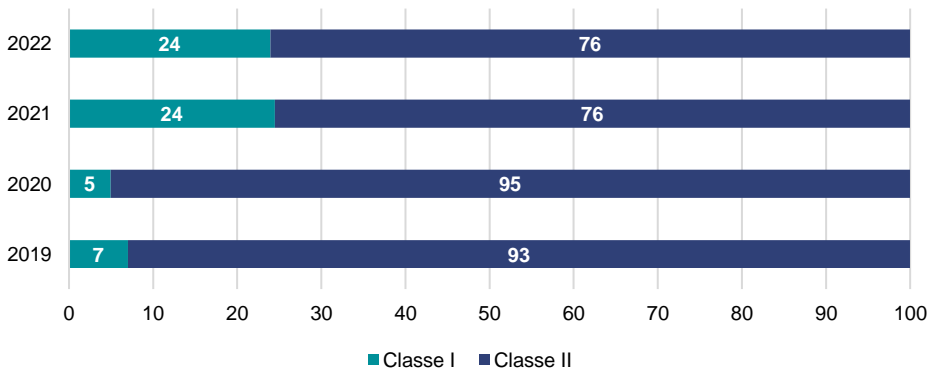
tarif libre). Après une forte progression en 2021 (+19,5 points), la part du panier 100 % santé dans la dépense totale d'audioprothèses se stabilise donc, à 24 % (graphique 1).

Le panier 100 % santé représente une part supérieure du nombre d'appareils d'aide auditive (39 %) [graphique 2] que de la dépense (24 %), car le prix moyen des audioprothèses du panier 100 % santé est nettement inférieur (800 euros en moyenne en 2022) à celui du panier libre (1 700 euros en moyenne).

En 2022, plus de la moitié des dépenses d'appareils auditifs concernait des patients de 75 ans ou plus. La structure par âge des patients de consommation d'audioprothèses des deux paniers est assez homogène, même si les 65 ans ou plus ont un peu plus recours que les autres au panier 100 % santé (graphique 3).

Graphique 1 Répartition de la dépense totale d'audioprothèses par type de panier

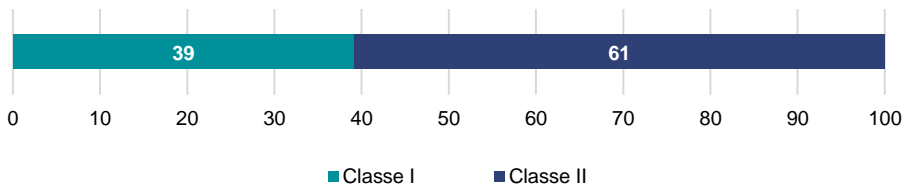
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

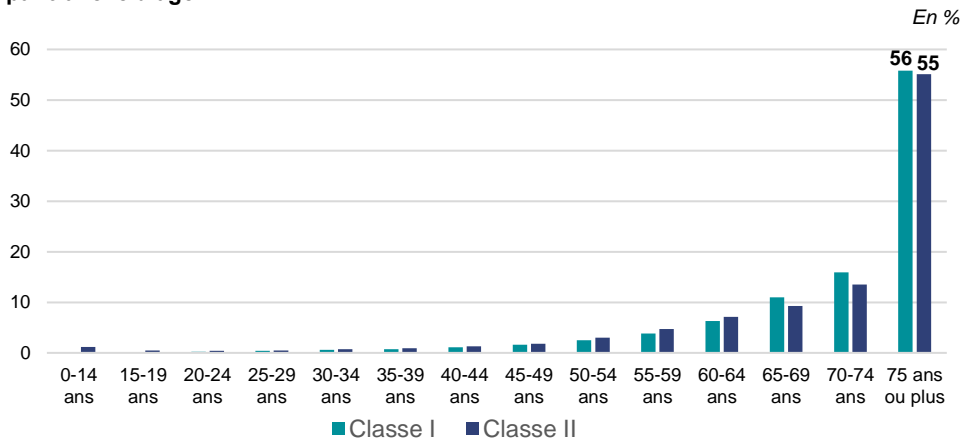
Graphique 2 Répartition du nombre d'appareils d'aide auditive vendus par type de panier

En %



Source > SNDS ; calculs DREES.

Graphique 3 Répartition de la dépense totale des paniers d'audioprothèses par tranche d'âge



Lecture > En 2022, les 75 ans ou plus représentent 55 % de la consommation d'audioprothèses de la classe I.
Source > SNDS ; calculs DREES.

Le 100 % santé a nettement réduit le financement des ménages des audioprothèses

En 2022, les organismes complémentaires sont les premiers financeurs de la dépense d'audioprothèses avec 42 % du total de la dépense (tableau 2). Pour les appareils auditifs du panier 100 % santé, cette part atteint 62 % (contre 36 % pour le panier à tarif libre). Depuis 2019, première année de mise en place de la réforme, la part des organismes complémentaires dans la prise en charge des audioprothèses augmente nettement (+19 points).

La Sécurité sociale finance, quant à elle, 22 % de la dépense d'appareils auditifs (29 % pour le panier 100 % santé, 20 % pour le panier libre). La part de la Sécurité sociale progresse également depuis 2019 (+7 points).

Sur l'ensemble des audioprothèses, le reste à charge des ménages diminue nettement depuis 2019 (-25 points) pour s'établir à 36 % en 2022 (graphique 4). La part de la consommation d'audioprothèses à la charge des ménages varie fortement entre les deux paniers. Le reste à charge des ménages estimé en 2022 pour les produits de la classe I est faible¹ (9 %), de l'ordre de 40 millions d'euros, soit environ 150 euros en moyenne par patient. Pour les audioprothèses au tarif libre, les ménages prennent en charge 44 % de la dépense totale en 2022, ce qui représente un reste à charge global d'environ 660 millions d'euros, soit 500 euros en moyenne par patient.

Tableau 2 Répartition de la consommation d'audioprothèses par panier et financeur en 2022

En millions d'euros

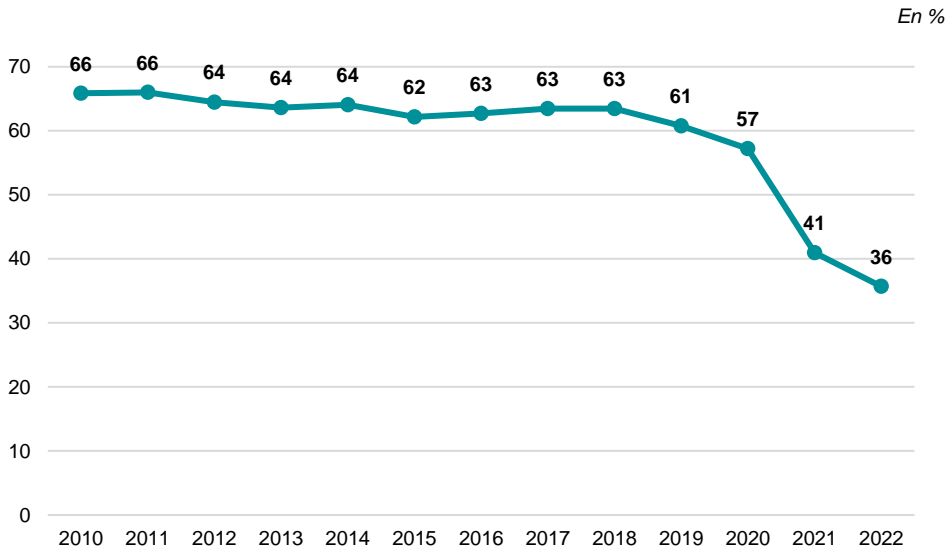
	Total audioprothèses		Classe I 100 % santé		Classe II Tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	442	22	136	29	306	20
État	0	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	829	42	295	62	534	36
Ménages	706	36	42	9	663	44
Total	1 977	100	474	100	1 503	100

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Un reste à charge non nul sur les postes du panier 100 % santé peut provenir des patients ne bénéficiant pas de couverture par un organisme complémentaire et n'étant donc pas intégralement remboursé. Il peut éga-

lement traduire – dans une moindre mesure – des imprécisions dans les données mobilisées (erreur de classification à un niveau fin, décalages temporels et autres erreurs de mesure), en particulier celles des organismes complémentaires.

Graphique 4 Évolution de la part du reste à charge des ménages dans la consommation d'audioprothèses



Source > DREES, comptes de la santé.

La part du 100 % santé en légère hausse pour les biens d'optique hors lentilles en 2022

Les dépenses en équipement 100 % santé en optique augmentent en 2022

En 2022, la consommation totale de biens d'optique médicale hors lentilles atteint 6,7 milliards d'euros, soit une quasi-stabilité (-0,3 %) après la forte hausse de 2021 (+16,2 %) [tableau 1].

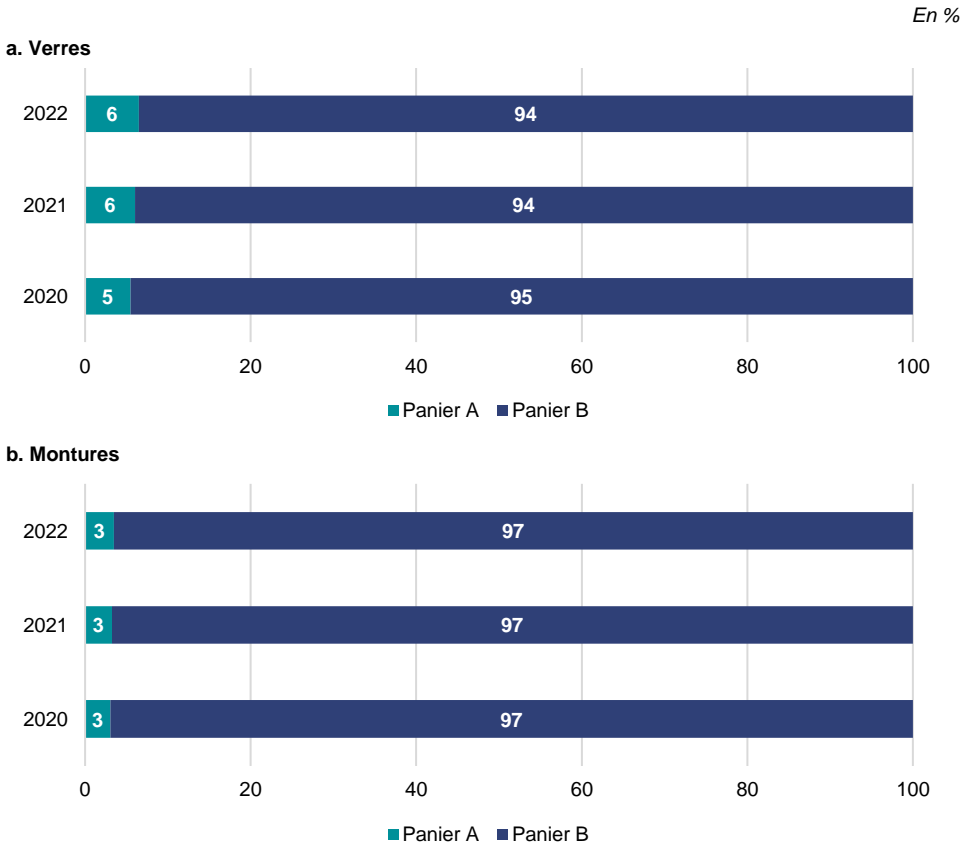
Les dépenses de biens d'optique hors lentilles sont soutenues par le panier A « 100 % santé » qui augmente de 7,4 % pour atteindre 379 millions d'euros en 2022 tandis que le panier B à « tarif libre » est en légère baisse (-0,8 %).

Contrairement aux audioprothèses ou aux prothèses dentaires, la part du 100 % santé dans le total de la consommation de biens d'optique médicale hors lentilles reste encore très basse (3 % pour les montures et 6 % pour les verres) [graphique 6] ; elle progresse légèrement en 2022.

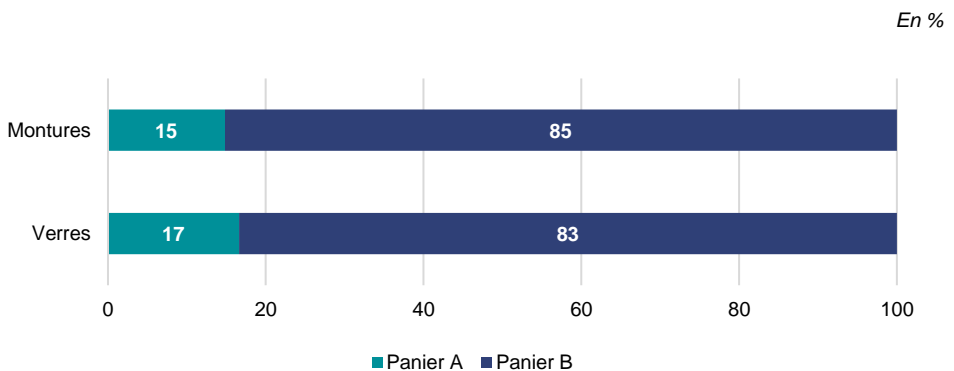
Le recours aux équipements du 100 % santé est un peu plus fréquent pour les verres que pour les montures. Les verres du panier A représentent ainsi 17 % des équipements consommés, contre 15 % pour les montures (graphique 6). Ces parts sont supérieures à celles calculées en pourcentage de la dépense en raison d'une différence de prix de ces équipements. Rapporté au nombre d'équipements, la dépense moyenne pour les équipements du 100 % santé représente environ 30 euros par monture et 60 euros par verre, contre environ 150 euros par monture et 175 euros par verre en moyenne pour les équipements à tarif libre.

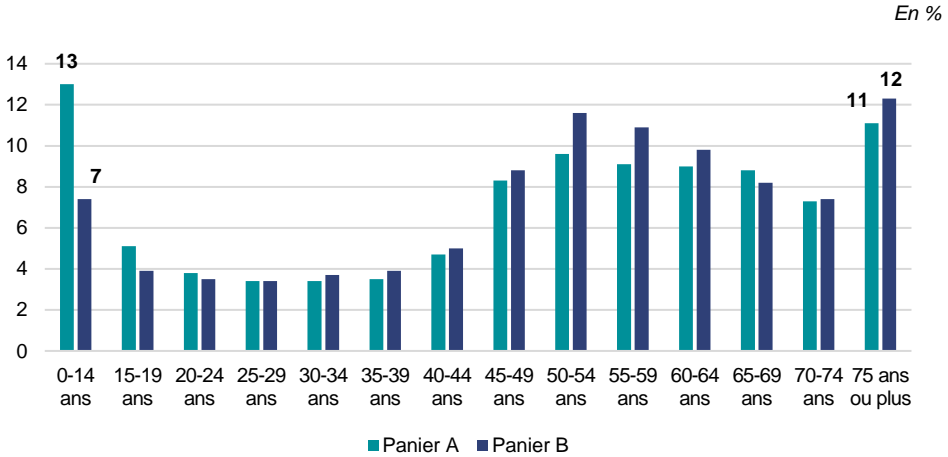
La consommation de biens d'optique médicale hors lentilles concerne l'ensemble des tranches d'âge (graphique 7). Le panier A 100 % santé est plus fréquemment choisi pour l'équipement des moins de 15 ans : ils représentent 13 % de la dépense d'équipements 100 % santé, contre 7 % de la dépense d'équipements à tarif libre.

Graphique 5 Répartition de la dépense totale d'optique médicale hors lentilles par type de panier



Graphique 6 Répartition du nombre d'équipements d'optique hors lentilles vendus par type de panier en 2022



Graphique 7 Répartition de la dépense totale des paniers d'optique médicale hors lentilles par tranche d'âge

Lecture > En 2022, les moins de 15 ans représentent 13 % de la consommation d'optique médicale hors lentilles du panier A.
Source > SNDS ; calculs DREES.

Le reste à charge des ménages est quasiment nul pour les équipements du 100 % santé en optique médicale

S'agissant des équipements du panier 100 % santé, le reste à charge des ménages est quasiment nul¹ en 2022. La Sécurité sociale et les organismes complémentaires se partagent le financement de ces dépenses : la Sécurité sociale finance un peu plus de la moitié de cette consommation (53 %) [tableau 3], le reste étant financé par les organismes complémentaires (47 %).

En revanche, pour les équipements du panier B au tarif libre, les organismes complémentaires financent la plus grande partie de la consommation (73 % en 2022). La Sécurité sociale ne finançant qu'une faible partie de cette dépense (2 %), le reste à charge des ménages représente 24 % en 2022, soit environ 1,5 milliard d'euros en 2022. Sur l'ensemble des biens d'optique médicale hors lentilles, après avoir atteint un point haut en 2020 durant la crise sanitaire, la part du reste à charge diminue légèrement depuis deux ans (-4,5 points) [graphique 8], mais se situe au même niveau qu'en 2018, avant la mise en place progressive du 100 % santé.

Tableau 3 Répartition de la consommation d'optique médicale hors lentilles par panier et financeur en 2022

En millions d'euros

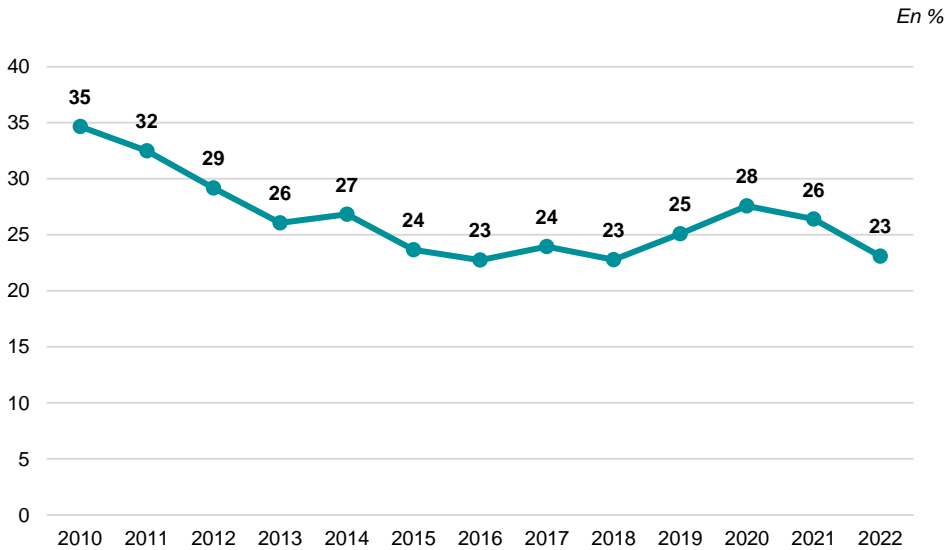
	Total optique médicale hors lentilles		Panier A 100% santé		Panier B Tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	356	5	201	53	155	2
État	0	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	4 807	72	176	47	4 630	73
Ménages	1 551	23	2	0	1 549	24
Total	6 715	100	379	100	6 335	100

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Un reste à charge non nul sur les postes du panier 100 % santé peut provenir des patients ne bénéficiant pas de couverture par un organisme complémentaire et n'étant donc pas intégralement remboursés. Il peut éga-

lement traduire – dans une moindre mesure – des imprécisions dans les données mobilisées (erreur de classification à un niveau fin, décalages temporels et autres erreurs de mesure), en particulier celles des organismes complémentaires.

Graphique 8 Évolution de la part du reste à charge des ménages dans la consommation de biens d'optique médicale hors lentilles



Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de prothèses dentaires progressent en 2022

Une stabilité de la consommation des prothèses dentaires par panier

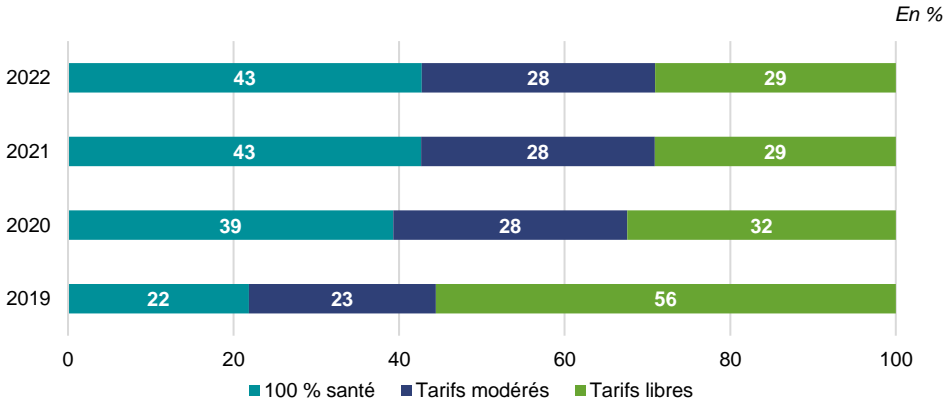
En 2022, la consommation de prothèses dentaires augmente légèrement (+0,7 %) pour s'établir à 7,1 milliards d'euros (*tableau 1*). Les trois paniers de prothèses dentaires définis par la réforme 100 %santé sont en légère hausse en 2022 (+0,8 % pour le panier 100 % santé, +0,6 % pour les paniers à tarifs modérés et à tarif libre). Cette hausse fait suite à une croissance particulièrement forte en 2021 de la consommation de prothèses dentaires (+26,6 %) principalement portée par les prothèses du panier 100 % santé (en hausse de 37,5 %).

Les prothèses sans reste à charge représentent 3,0 milliards d'euros en 2022, soit 43 % de la dépense totale en prothèses dentaires (*graphique 9*). La part de chaque panier dans la consommation de prothèses dentaires se stabilise : le panier à tarif libre se stabilise en 2022 à 29 % et le panier aux tarifs modérés à 28 %.

En nombre de prothèses dentaires consommées, le panier 100 % santé reste majoritaire (57 % des équipements consommés en 2022) (*graphique 10*). En 2022, le prix moyen des prothèses des paniers à tarif libre et à tarifs modérés est proche (un peu au-dessus de 450 euros en moyenne par équipement). Les prothèses dentaires du 100 % santé sont nettement moins onéreuses, avec un prix moyen légèrement supérieur à 250 euros.

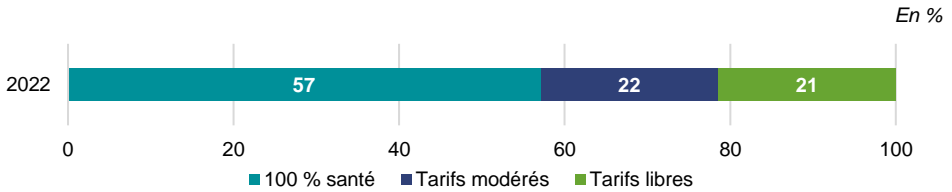
La consommation de prothèses dentaires progresse globalement avec l'âge (*graphique 11*). Les 60-65 ans représentent ainsi un peu plus de 10 % de la dépense, alors qu'elle est quasi nulle pour les 25-29 ans, et ce profil par âge est proche quel que soit le panier considéré. Une catégorie d'âge se distingue toutefois à cet égard : celle des plus âgés (75 ans ou plus). Ils représentent 24 % de la consommation de prothèses dentaires du panier 100 % santé (21 % pour le panier à tarifs modérés) contre 13 % des prothèses à tarif libre. Ils sont ainsi les premiers bénéficiaires de la réforme du 100 % santé en dentaire.

Graphique 9 Répartition de la dépense totale des prothèses dentaires par type de panier



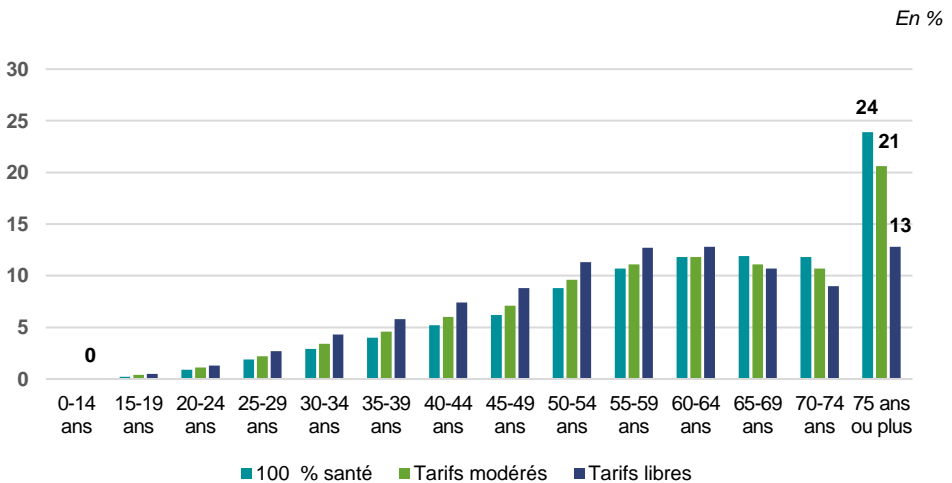
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 10 Répartition du nombre de prothèses dentaires consommées par type de panier



Source > SNDS ; calculs DREES.

Graphique 11 Répartition de la dépense totale des paniers de prothèses dentaires par tranche d'âge



Note > En 2022, les 75 ans ou plus représentent 24 % de la consommation de prothèses dentaires du tarif 100 % santé.

Source > SNDS ; calculs DREES.

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

Les organismes complémentaires financent la part la plus importante de la consommation de prothèses dentaires (57 %) [tableau 4], suivis par la Sécurité sociale (28 %) et les ménages (15 %). Le reste à charge des ménages en prothèses dentaires diminue fortement sous l'effet de la réforme du 100 % santé, d'environ 35 % en moyenne entre 2015 et 2019 à 15 % en 2022 (graphique 12).

Le reste à charge des ménages baisse ainsi de 21 points par rapport à son point culminant, atteint

en 2019. Cette diminution a pour contrepartie une hausse du financement par les organismes complémentaires (+15 points entre 2019 à 2022).

Les organismes complémentaires prennent en charge la majorité de la dépense de prothèses dentaires du panier sans reste à charge (71 % en 2022).

Ce financement est complété par la Sécurité sociale (29 %), les ménages finançant une part quasi nulle de cette dépense (0,1 %)¹.

Sur le panier aux tarifs modérés, le reste à charge des ménages s'établit à 19 % en 2022. Il est inférieur à celui du panier à tarif libre (35 %). ■

Tableau 4 Répartition de la consommation de prothèses dentaires par panier et financeur en 2022

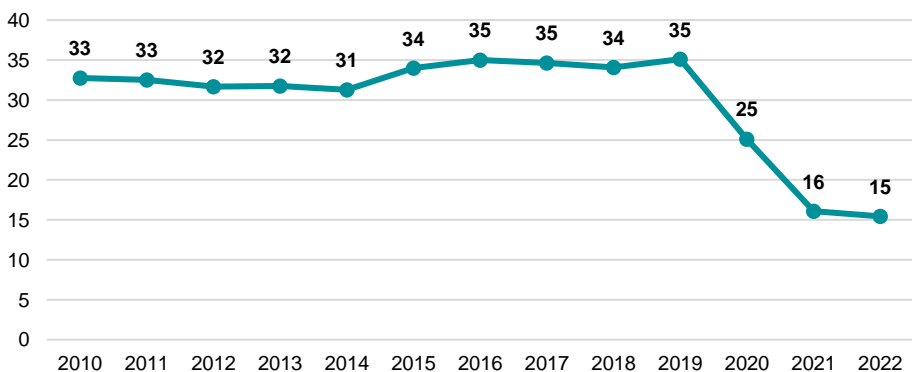
En millions d'euros

	Total prothèses dentaires		Panier 100 % santé		Panier tarifs modérés		Panier tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	1 969	28	872	29	733	37	365	18
État	15	0	9	0	5	0	0	0
Organismes complémentaires	3 997	57	2 137	71	885	44	975	47
Ménages	1 091	15	4	0	371	19	717	35
Total	7 072	100	3 022	100	1 993	100	2 057	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 12 Évolution de la part du reste à charge des ménages pour les prothèses dentaires

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Un reste à charge non nul sur les postes du panier 100 % santé peut provenir des patients ne bénéficiant pas de couverture par un organisme complémentaire et n'étant donc pas intégralement remboursé. Il peut éga-

lement traduire – dans une moindre mesure – des imprécisions dans les données mobilisées (erreur de classification à un niveau fin, décalages temporels et autres erreurs de mesure), en particulier celles des organismes complémentaires.

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 important 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 :

- la classe A avec des équipements du panier 100 % santé, comportant des montures et des verres ;
- la 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 en 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 :

- le panier 100 % santé au sein duquel les couronnes, bridges et prothèses amovibles sont intégralement remboursés ;
- le panier « aux tarifs modérés » qui intègre également des couronnes, bridges et prothèses amovibles mais dont le reste à charge pour l'assuré est maîtrisé ;
- le panier « au tarif libre » pour lequel le reste à charge peut être plus élevé.

Pour en savoir plus

- > **Guillot, V.** (2023, mars). En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé. DREES, *Études et Résultats*, 1260.
- > **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.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2022, septembre). La réforme du 100 % santé. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023*. Éclairages 3.2.

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.

Le financement de la CSBM

L'Assurance maladie est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en 2022, elle prend en charge 79,6 % de la CSBM. Les organismes complémentaires constituent le second financeur, avec une participation de 12,6 %. Le reste à charge des ménages s'élève à 7,2 % de la CSBM. Par rapport à 2021, cette répartition est relativement stable. Sur dix ans, la part à la charge des ménages a diminué de 1,6 point et celle des organismes complémentaires de 1,0 point, au profit d'un financement accru de l'Assurance maladie.

La prise en charge par les financeurs publics se stabilise en 2022

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) avec 79,6 % de la dépense prise en charge en 2022 (tableau 1). L'État¹ finance 0,6 % de la dépense, les organismes complémentaires (OC) 12,6 % et les ménages 7,2 %.

Cette structure de financement de la CSBM est proche de celle de 2021. Elle est marquée par un niveau particulièrement élevé de la part du financement par les administrations publiques (Sécurité sociale et État). Cette part reste à un niveau sensiblement plus élevé qu'avant la crise (80,2 % soit +1,1 point par rapport à 2019), surtout en raison de la prise en charge des dépenses hospitalières. Le coût de la pandémie de Covid-19 inclus dans la CSBM² et financé par la Sécurité sociale reste élevé en 2022 ; il correspond majoritairement à des dépenses de soins hospitaliers. Sur les 2,3 milliards d'euros de dépenses liées à la crise sanitaire identifiées au sein de la CSBM en 2022, 1,9 milliard d'euros est destiné aux établissements de santé (fiche 3). De plus, la dynamique des dépenses hospitalières reste soutenue en 2022 ; ce poste de dépenses fortement pris en charge par la Sécurité sociale est porté par la hausse de la rémunération des salariés hospitaliers (hausse du point d'indice, mesures exceptionnelles en faveur de l'attractivité à l'hôpital).

En 2022, la part financée par les organismes complémentaires (OC) est stable par rapport à 2021 (-0,1 point). Ainsi, après la forte baisse observée en 2020 (-1,2 point), puis le rattrapage partiel de 2021 (+0,6 point), cette part ne retrouve pas le niveau d'avant la crise sanitaire. En particulier, la prise en charge par les OC diminue entre 2019 et 2022 dans les soins hospitaliers, les médicaments ou encore

les transports (tableau 1). La montée en charge du dispositif 100 % santé, induisant une prise en charge accrue par les OC en optique, audioprothèses et prothèses dentaires, n'a pas compensé ce phénomène.

La part des ménages dans le financement de la CSBM augmente de 0,1 point en 2022 par rapport à 2021, passant de 7,1 % à 7,2 %. Cette hausse s'explique par un reste à charge accru sur les soins hospitaliers (+0,5 point), la part des ménages remontant à un niveau proche de 2019 (2,6 % en 2022). *A contrario*, ce reste à charge baisse pour les biens médicaux (-1,6 point), en miroir de ce que l'on observe sur les OC (part en hausse de +1,5 point) ; ce mouvement concerne surtout les dépenses d'audiologie et d'optique médicale.

Sur plus longue période, l'évolution de la structure de financement de la CSBM est liée à des facteurs structurels : vieillissement de la population, qui entraîne une progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD) ; 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 tendant à diminuer la participation financière des OC et des ménages l'emportent.

Entre 2012 et 2022, la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale et par l'État a augmenté de 2,6 points. À l'évolution tendancielle de +0,2 point par an en moyenne jusqu'en 2019 est venue s'ajouter une forte hausse en 2020 (graphique 1).

La participation des ménages a suivi une courbe symétrique, avec une baisse tendancielle d'environ 0,2 point par an jusqu'à 2019 suivie d'une chute de 0,5 point en 2020. Sur les deux dernières années, le

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) ainsi que le financement des hôpitaux militaires. Depuis 2021, la gestion du fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS) est intégrée à la Sécurité sociale.

² L'Assurance maladie a également financé l'essentiel des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie (tests, vaccins). Ces dépenses ne sont pas incluses dans la CSBM mais dans l'agrégat plus large, la dépense courante de santé (DCS) [fiche 3].

reste à charge repart ensuite légèrement à la hausse.

En définitive, la part de la CSBM financée par les ménages est passée de 8,8 % en 2012 à 7,2 % en 2022.

Enfin, la participation des OC a peu évolué tendanciellement jusqu'en 2019, avant une chute nette en 2020, suivie d'un rattrapage partiel en 2021.

Tableau 1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM entre 2012 et 2022

En %

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble de la CSBM (100 %)							
Sécurité sociale	76,0	77,4	77,3	77,4	78,9	79,5	79,6
État	1,5	1,6	1,6	1,7	1,9	0,7	0,6
Organismes complémentaires	13,6	13,0	13,4	13,4	12,1	12,7	12,6
Ménages	8,8	8,0	7,7	7,6	7,0	7,1	7,2
Soins hospitaliers (49 %)							
Sécurité sociale	90,3	91,0	90,8	90,9	91,9	92,5	92,3
État	1,7	1,6	1,6	1,7	1,9	1,2	1,0
Organismes complémentaires	5,2	5,0	5,1	5,1	4,4	4,2	4,1
Ménages	2,8	2,4	2,4	2,4	1,8	2,1	2,6
Soins de ville¹ (26 %)							
Sécurité sociale	64,1	65,5	65,8	66,1	67,9	68,6	68,7
État	1,6	1,9	2,0	2,1	2,3	0,2	0,2
Organismes complémentaires	22,0	21,3	21,8	21,7	20,8	22,3	22,3
Ménages	12,2	11,4	10,4	10,2	9,0	8,9	8,8
Médicaments (14 %)							
Sécurité sociale	68,7	72,0	71,8	72,7	73,6	75,0	74,9
État	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	0,3	0,3
Organismes complémentaires	15,5	12,9	12,9	12,9	12,0	11,0	10,9
Ménages	14,5	13,6	13,8	13,0	12,8	13,6	13,8
Biens médicaux² (8 %)							
Sécurité sociale	39,8	43,4	43,2	42,8	42,5	43,4	43,5
État	0,8	1,1	1,1	1,0	1,5	0,2	0,2
Organismes complémentaires	35,7	35,8	36,4	36,3	32,8	36,1	37,6
Ménages	23,7	19,8	19,4	19,9	23,2	20,3	18,7
Transports sanitaires (3 %)							
Sécurité sociale	92,8	92,9	92,9	92,9	93,0	93,6	93,3
État	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	0,4	0,4
Organismes complémentaires	4,5	3,5	3,6	3,8	3,3	3,0	3,1
Ménages	1,9	2,7	2,6	2,3	2,6	3,1	3,3

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 2022, la Sécurité sociale finance 79,6 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92,3 % des dépenses. Les soins hospitaliers représentent 49 % de la CSBM en 2022 (chiffre indiqué entre parenthèses en colonne 1).

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 sont principalement financées par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) : 93,3 % en 2022. Le financement par les OC et le reste à charge des ménages représentent respectivement 4,1 % et 2,6 % des dépenses de ce poste en 2022, des proportions très inférieures à celles des autres postes de la CSBM.

Les transports sanitaires ont une structure de financement très proche : ils sont financés à 93,7 % par la Sécurité sociale et l'État, et seulement à 3,1 % par les OC et à 3,3 % par les ménages. De fait, un nombre important de patients ayant recours aux soins hospitaliers et aux transports sanitaires sont reconnus en affection de longue durée (ALD) et donc exonérés du ticket modérateur.

Les soins de ville sont pris en charge à hauteur de 22,3 % par les organismes complémentaires en 2022. La prise en charge par les OC est

particulièrement élevée pour les soins dentaires (45,1 %), notamment les soins prothétiques (56,5 %). Les soins de médecins et de sages-femmes (17,3 %) et d'auxiliaires médicaux (10,8 %) sont moins financés par les OC.

Le reste à charge des ménages représente 8,8 % des soins de ville, une part relativement proche de celle observée sur l'ensemble de la CSBM.

Les biens médicaux se distinguent par la contribution des OC au financement la plus élevée, avec 37,6 % de la dépense en 2022. En particulier, les OC prennent en charge 72,9 % des dépenses d'optique médicale et 41,9 % des dépenses d'audioprothèses (fiche 15). Les biens médicaux sont aussi le poste que les ménages financent le plus (18,7 %), la participation de la Sécurité sociale et de l'État étant réduite à 43,7 % de cette dépense.

Enfin, le poste des médicaments présente un profil intermédiaire : la part des administrations publiques (75,2 %) est proche de celle du reste de la CSBM, mais le reste de la dépense est particulièrement financé par les ménages (13,8 %) et relativement peu par les OC (10,9 %). Les médicaments sont le poste de la CSBM pour lequel la part des dépenses

non remboursables ou non présentées au remboursement est la plus importante (tableau 2), avec les soins dentaires.

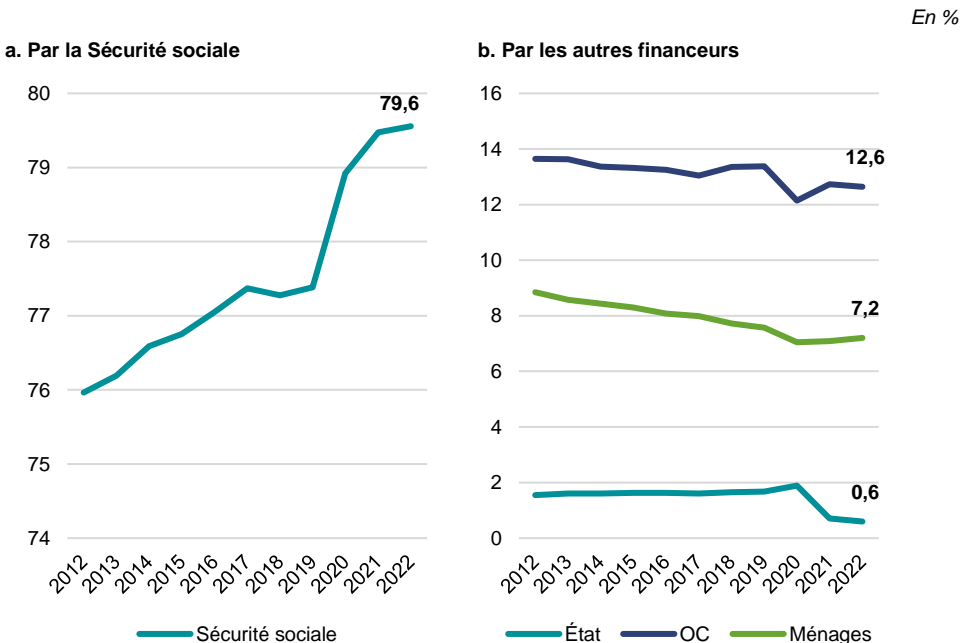
Une répartition de la dépense par type de soins très contrastée d'un financeur à l'autre

La décomposition par poste diffère selon les financeurs du système de santé. Les soins hospitaliers constituent le premier poste de dépense pour la Sécurité sociale, avec 57 % de sa dépense totale en 2022 (graphique 2).

Pour les OC, les biens médicaux et les dentistes constituent près de la moitié des dépenses. En particulier, à eux seuls, les trois postes concernés par la réforme du 100 % santé (optique, prothèses dentaires et audioprothèses) représentent un tiers des dépenses prises en charge par les OC.

Pour les ménages, les médicaments représentent 27 % des dépenses et les biens médicaux 22 %. Ces deux postes constituent ainsi près de la moitié de leur reste à charge.

Graphique 1 Évolution du financement de la CSBM entre 2012 et 2022

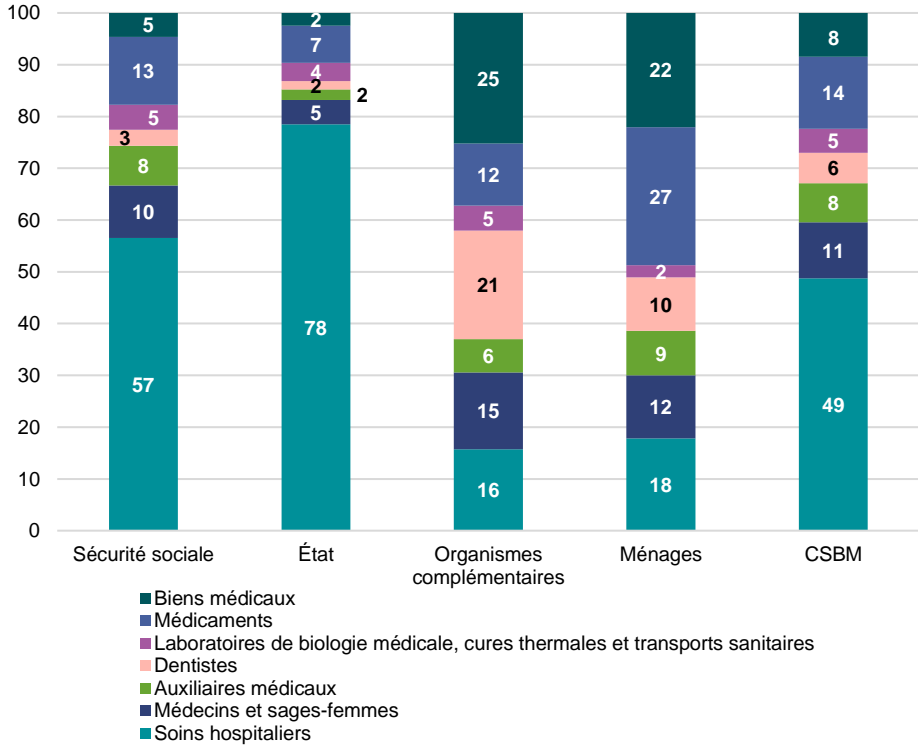


Lecture > En 2022, la CSBM est financée à 79,6 % par la Sécurité sociale et à 7,2 % par les ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2022

En %



Lecture > En 2021, 57 % des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de CSBM concernent des soins hospitaliers.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les administrations publiques prennent en charge trois quarts de la dépense « de base »

La CSBM est constituée en partie de versements effectués directement par les administrations aux professionnels, établissements et structures de santé : rémunérations sur objectifs, contrats, etc. Ces dépenses sont sans incidence financière pour les ménages. Elles sont, en règle générale, non individualisables par patient (car afférentes à une activité de soins considérée dans sa globalité) avec quelques exceptions (le forfait patientèle médecin traitant est perçu par patient). Hors hôpital public¹, ces versements représentent une part minoritaire de la CSBM en 2022 (8,5 milliards d'euros, soit 3,6 %) [tableau 2].

Le reste de la CSBM correspond à des soins et biens médicaux bénéficiant individuellement aux ménages. La prise en charge dite « de base » représente la couverture de base financée par la

Sécurité sociale aux affiliés à l'Assurance maladie ou par l'État dans le cadre de l'AME, de la prise en charge des soins des anciens combattants, ou encore de la dotation aux hôpitaux militaires. Elle représente 177,3 milliards d'euros en 2022 (75,2 % de la CSBM).

En dehors de la prise en charge « de base », les dépenses peuvent être portées par les organismes complémentaires, les ménages ou, dans certains cas, par les administrations publiques (parts supplémentaires aux affiliés de certains régimes de Sécurité sociale, aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire).

Le ticket modérateur est la part de la dépense de base non prise en charge par l'Assurance maladie, proportionnellement à son montant. En 2022, il représente 21,1 milliards d'euros (8,9 % de la CSBM). Cette part varie fortement selon le poste de dépense, en fonction du taux de prise en charge par la Sécurité sociale et des motifs d'exonérations.

¹ Les comptes de la santé ne distinguent pas de financement individualisable pour l'hôpital public en raison de son caractère non marchand.

Ainsi, il représente seulement 5,0 % de la dépense pour les soins hospitaliers ou les transports sanitaires, du fait des nombreuses exonérations des patients en ALD. À l'inverse, il constitue 14,2 % de la dépense de soins de ville et de médicaments.

Le montant de participations forfaitaires, de franchises et de forfaits journaliers représente 0,7 % de la CBSM en 2022. Cette part est beaucoup plus importante dans les dépenses d'analyses de biologie médicale (6,4 %) que dans les autres postes.

Les montants dits de « dépassements » correspondent à la part de dépenses allant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Il s'agit principalement des dépassements d'honoraires médicaux et de la part de liberté tarifaire sur les biens médicaux. Ils représentent 7,7 % de la CSBM en 2022, mais se concentrent sur quelques postes. Ainsi, leur part atteint 90,9 % pour

l'optique médicale et 41,7 % pour les soins dentaires.

Enfin, la dépense non remboursable est constituée des dépenses non connues de l'Assurance maladie. Il peut s'agir de soins et de biens médicaux non pris en charge (médicaments non remboursables, orthodontie pour les 16 ans ou plus par exemple), remboursables mais non remboursés en l'absence de prescription (automédication, masques FFP2, pansements) ou plus marginalement d'actes non présentés au remboursement (feuilles de soins non transmises à l'Assurance maladie). Les données relatives à cette catégorie sont plus difficiles à estimer et doivent être considérées avec précaution. En 2022, les dépenses non remboursables sont estimées à 4 % de la CSBM. Elles sont concentrées sur quelques postes : les médicaments, les soins dentaires et les biens médicaux. ■

Tableau 2 Décomposition de la CSBM par poste et par type de dépenses en 2022

En milliards d'euros

	Dépense directe SS + État ¹	Prise en charge de base SS + État ²	Ticket modérateur ³	Participation assurés ⁴	Dépassements ⁵	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	CSBM
Soins hospitaliers	3,5	103,4	5,7	0,2	1,4	0,6	114,9
Hôpitaux du secteur public	n.s.	83,4	5,3	0,0	0,0	0,0	88,7
Hôpitaux du secteur privé	3,5	20,0	0,4	0,2	1,4	0,6	26,2
Soins de ville	4,6	36,4	8,8	0,8	8,2	3,3	62,2
Soins de médecins et de sages-femmes	3,2	15,4	3,7	0,3	2,3	0,6	25,6
Soins d'auxiliaires médicaux	1,1	13,1	2,3	0,2	0,1	1,0	17,8
Soins de dentistes	0,3	4,6	1,5	0,0	5,8	1,7	13,8
Laboratoires de biologie médicale	0,0	3,1	1,2	0,3	0,0	0,0	4,6
Cures thermales	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3
Transport de malades	0,3	5,3	0,3	0,0	0,0	0,1	6,0
Médicaments	0,1	23,9	4,7	0,7	0,0	3,4	32,8
Optique	0,0	0,1	0,0	0,0	6,6	0,5	7,3
Autres biens médicaux	0,0	8,1	1,5	0,0	1,9	1,1	12,7
CSBM	8,5	177,3	21,1	1,7	18,1	9,1	235,8

n.s. : non significatif.

1. Dépenses directement versées par les administrations publiques aux professionnels, établissements et structures (rémunérations sur objectifs, contrats...).

2. Prise en charge de la base de remboursement, soit au taux « légal » commun à tous les assurés, soit à 100 % dans le cadre d'une exonération de ticket modérateur, de l'Aide médicale d'État, de la prise en charge des soins des invalides de guerre ; financement de l'hôpital public non pris en charge par les ménages ou les OC.

3. Ticket modérateur, éventuellement pris en charge par la complémentaire santé solidaire.

4. Forfait journalier, participations forfaitaires et franchises.

5. Dépenses dépassant la base de remboursement de la Sécurité sociale : dépassements d'honoraires, part de liberté tarifaire sur les biens médicaux...

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2022, les administrations publiques financent 189,0 milliards d'euros, soit 80,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 187,6 milliards d'euros versés par la Sécurité sociale.

L'intégration, en 2021, de la complémentaire santé solidaire (CSS) dans le champ de la Sécurité sociale entraîne une restructuration du financement des dépenses de santé par les administrations publiques : la part financée par l'État baisse fortement au profit de la Sécurité sociale. En 2022, l'État finance 1,4 milliard d'euros, soit 0,6 % de la CSBM contre 1,9 % en 2020.

Le taux de financement des administrations publiques est stable en 2020. Il se maintient ainsi à un niveau supérieur à celui d'avant la crise ; la baisse de 2021 (-0,6 point) n'ayant pas effacé la hausse de 1,8 point induite par la crise sanitaire.

En 2022, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale et l'État reste stable, à un niveau supérieur aux niveaux atteints avant l'épidémie de Covid-19

En 2022, l'ensemble des administrations publiques financent 189,0 milliards d'euros, soit 80,2% de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La quasi-totalité du financement est assurée par la Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camieg et de l'Alsace-Moselle) qui contribue pour 187,6 milliards d'euros, soit 79,6 % de la CSBM. Le complément, versé par l'État, représente 1,4 milliard d'euros (0,6 % de la CSBM) et recouvre l'aide médicale d'État (AME), les soins à destination des anciens combattants ainsi que le financement des hôpitaux militaires.

Depuis 2012, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale et l'État a augmenté de 2,6 points. Cette hausse tendancielle 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.

Entre 2019 et 2022, la part financée par les administrations publiques augmente de 1,1 point, passant de 79,1 % en 2019 à 80,2 % en 2022, et reste donc supérieure à son niveau d'avant crise.

En 2020, le financement des administrations publiques augmente fortement dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid-19 (+1,75 point). Les dépenses supplémentaires ou en forte progression en raison de la crise, tels que les soins hospitaliers (*graphique 1*) ou les dispositifs de soutien au revenu des professionnels de santé libéraux et des cliniques privées dans un contexte de baisse de leur activité, sont encore davantage financées par la Sécurité sociale que d'habitude¹. En outre, ces dépenses exceptionnelles jouent sur la structure des dépenses de santé, notamment via la forte hausse de la part prise par les soins hospitaliers, que la Sécurité sociale finance très majoritairement, si bien que la progression de la part de la CSBM qu'elle finance en 2020 s'explique également par un important effet de recomposition.

La part financée par les administrations publiques baisse par contrecoup en 2021 (-0,56 point) et se stabilise en 2022 (-0,03 point).

Par ailleurs, l'intégration, en 2021, des prestations versées au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) au sein du périmètre de la Sécurité sociale (*fiche 22*) modifie la structure du financement de la CSBM par les administrations publiques, la part de l'État baissant de 1,2 point cette année-là. Un nouveau fonds créé en 2021 au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie s'est en effet substitué au précédent fonds rattaché à l'État.

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 pas comptabilisées dans la CSBM, mais en dépenses de prévention, conformément à la classification internationale SHA.

Tableau 1 Financement de la CSBM par la Sécurité sociale et l'État

a. Niveau

En milliards d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble des administrations publiques	140,9	158,2	160,0	163,8	170,0	182,0	189,0
État	2,8	3,2	3,3	3,5	4,0	1,6	1,4
Sécurité sociale	138,1	155,0	156,7	160,3	166,1	180,4	187,6

Lecture > En 2022, les administrations publiques ont financé la CSBM à hauteur de 189,0 milliards d'euros, dont 187,6 milliards versés par les administrations de Sécurité sociale.

Source > DREES, comptes de la santé.

a. Part

En %

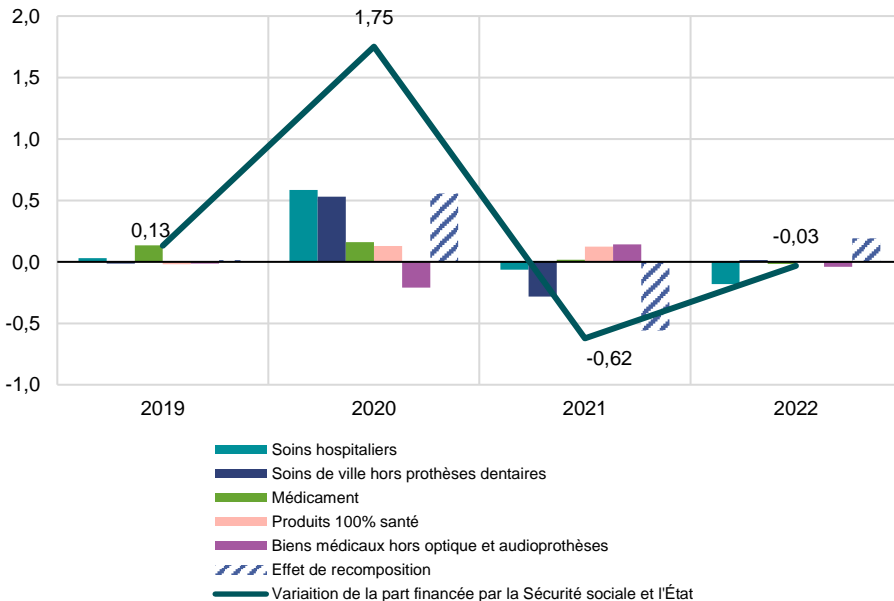
	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble des administrations publiques	77,5	79,0	78,9	79,1	80,8	80,2	80,2
État	1,5	1,6	1,6	1,7	1,9	0,7	0,6
Sécurité sociale	76,0	77,4	77,3	77,4	78,9	79,5	79,6

Lecture > En 2022, les administrations publiques ont financé 80,2 % de la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Contributions à la variation annuelle de la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale et l'État

Variations et contributions à la variation en points de pourcentage



Lecture > En 2022, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale et par l'État est stable. Cette stabilité résulte notamment de la baisse de la part du financement des soins hospitaliers, qui contribue de -0,2 point à la baisse, et de l'effet de recomposition de la CSBM, qui contribue à la hausse de 0,2 point.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers constituent plus de la moitié du financement de la Sécurité sociale

Les prestations prises en charge par la Sécurité sociale augmentent de 4,0 % en 2022, après +8,6 % en 2021, pour s'établir à 187,6 milliards d'euros (*tableau 2*).

La contribution de la Sécurité sociale aux soins hospitaliers s'élève à 106,0 milliards d'euros en 2022. Elle constitue son premier poste de dépenses et représente plus de la moitié de l'ensemble du financement de la CSBM par la Sécurité sociale (56,5 %).

Tableau 2 Décomposition par poste du financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale

En milliards d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Structure 2022 (en %)
Ensemble	138,1	155,0	156,7	160,3	166,1	180,4	187,6	100
<i>Évolution (en %)</i>	2,2	2,0	1,1	2,3	3,6	8,6	4,0	
Soins hospitaliers	76,5	85,5	86,4	88,4	94,9	101,9	106,0	56,5
Hôpitaux du secteur public	58,7	66,0	66,6	68,1	73,8	79,1	82,4	43,9
Hôpitaux du secteur privé	17,8	19,4	19,8	20,2	21,1	22,8	23,7	12,6
Soins de ville	27,1	31,8	32,8	33,9	34,0	38,0	39,2	20,9
Soins de médecins et de sages-femmes	14,3	16,1	16,6	17,0	16,9	18,3	19,0	10,1
Soins d'auxiliaires médicaux	9,2	11,6	12,1	12,6	12,8	14,0	14,4	7,7
Soins de dentistes	3,7	4,0	4,1	4,3	4,2	5,6	5,8	3,1
Laboratoires de biologie médicale	3,0	3,1	3,1	3,2	3,1	3,2	3,2	1,7
Cures thermales	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1
Médicaments en ambulatoire	22,1	22,7	22,2	22,3	22,0	23,3	24,5	13,1
Biens médicaux	5,4	7,0	7,2	7,5	7,6	8,6	8,7	4,6
Optique	0,3	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2
Biens médicaux hors optique	5,1	6,7	6,9	7,2	7,4	8,2	8,3	4,4
Transports sanitaires	3,8	4,6	4,7	4,7	4,4	5,2	5,6	3,0

Lecture > En 2022, la Sécurité sociale finance la CSBM à hauteur de 187,6 milliards d'euros.

Source > DREES, comptes de la santé.

La part financée par la Sécurité sociale reste stable en 2022 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 (92,3 % en 2022) [*tableau 2*]. Ce taux est plus élevé dans le secteur public (92,9 %) que dans le secteur privé (90,5 %) 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. Depuis 2012, la part de la Sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers a augmenté de 1,3 point à périmètre constant (hors intégration du fonds CSS), connaissant sa hausse la plus importante en 2020 (+1,0 point), du fait de la crise sanitaire, avant de diminuer quelque peu entre 2020 et 2022 (- 0,3 point hors intégration du fonds CSS).

En 2022, la consommation de soins de ville est financée à 63,1 % par la Sécurité sociale. Cette part augmente régulièrement depuis 2012 (+3,7 points à périmètre constant entre 2012 et 2022), du fait du poids croissant pris par le 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. La part du financement de la Sécurité sociale atteint un maximum en 2020 en raison de la mise en place du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des praticiens libéraux (DIPA) à l'occasion du premier confinement (*fiche 3*).

La Sécurité sociale finance 74,9 % de la consommation de médicaments en ville en 2022. À périmètre comparable, cette part est stable en 2020. Elle croît quasi continûment depuis 2012 (+4,7 points en dix ans hors intégration du fonds CSS), 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 2022, la Sécurité sociale finance 43,5 % de la consommation de biens médicaux, une part plus faible que pour les autres postes. À champ comparable par rapport à 2019 (c'est-à-dire hors changement survenu sur le financement de la CSS), cette part baisse de 1,1 point, du fait notamment d'un effet de composition induit par la réforme du 100 % santé : la consommation de produits du 100 % santé, dont le taux de prise en charge est plus faible, croît davantage que celle les autres biens médicaux, dont le taux de prise en charge est plus élevé. Cette déformation de structure conduit à une baisse du taux de financement moyen de la Sécurité sociale sur l'ensemble des biens médicaux, alors même que la mise en place du 100 % santé pousse à la hausse le financement de la Sécurité sociale sur les postes concernés.

Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans la dépense de transports sanitaires (93,3 % en 2022) s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD recourant à ces services. Ce niveau est stable depuis 2012. ■

Tableau 3 Financement par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM

a. Y compris intégration du fonds CSS

En %

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	76,0	77,4	77,3	77,4	78,9	79,5	79,6
Soins hospitaliers	90,3	91,0	90,8	90,9	91,9	92,5	92,3
Soins de ville	57,2	59,1	59,7	60,0	62,0	63,0	63,1
Médicaments	68,7	72,0	71,8	72,7	73,6	75,0	74,9
Biens médicaux	39,8	43,4	43,2	42,8	42,5	43,4	43,5
Transports sanitaires	92,8	92,9	92,9	92,9	93,0	93,6	93,3

b. À champ constant (hors intégration du fonds CSS)

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	76,0	77,4	77,3	77,4	78,9	78,0	78,2
Soins hospitaliers	90,3	91,0	90,8	90,9	91,9	91,7	91,6
Soins de ville	57,2	59,1	59,7	60,0	62,0	60,6	60,9
Médicaments	68,7	72,0	71,8	72,7	73,6	73,5	73,4
Biens médicaux	39,8	43,4	43,2	42,8	42,5	41,7	41,7
Transports sanitaires	92,8	92,9	92,9	92,9	93,0	92,7	92,5

Lecture > En 2022, la Sécurité sociale finance 92,3 % 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 91,6 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé trois 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) sont les acteurs qui financent la part dite « complémentaire » des dépenses de santé. Ils regroupent des mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance. En 2022, l'évolution des prestations de santé versées par les OC demeure soutenue (+3,2 %). Cette augmentation fait suite au fort rebond qui avait été observé en 2021, contrecoup de la diminution significative des prestations en 2020 liée à la crise du Covid-19. La part des OC dans le financement de la CSBM, qui avait également fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,1 % en 2020, après 13,4 % en 2019) et s'était redressée en 2021 (à 12,7 %), est quasi stable en 2022, à 12,6 %.

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 2022, un tiers des dépenses financées par les organismes complémentaires dans le champ de la CSBM.

Les prestations versées par les OC dans le champ de la CSBM augmentent de 3,2 % en 2022

Les prestations en soins et biens médicaux versées par les organismes complémentaires s'élèvent à 29,8 milliards d'euros en 2022 (soit 439 euros par habitant) [graphique 1] après 28,9 milliards d'euros en 2021 ; elles augmentent donc de 3,2 % en 2022 (tableau 1). Cette hausse fait suite à la baisse des prestations survenue en 2020 du fait des restrictions sanitaires et du fort rebond observé en 2021.

Il s'agit des prestations hors variations de provisions et hors versement de la contribution exceptionnelle des OC à l'Assurance maladie liée à la crise du 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) a été versée début 2021, tandis que la seconde partie, d'un montant de 0,51 milliard d'euros (soit 1,3 % des cotisations collectées en 2021) a été versée début 2022 (tableau 2). Les prestations incluent en revanche la contribution des OC au financement du forfait patientèle médecin traitant (FPMT), d'un montant de 0,3 milliard d'euros en 2022 (soit 0,8 % des cotisations collectées en 2022).

La hausse des prestations versées par les OC concerne tous les grands postes de dépense de la CSBM (tableau 1) et est tirée notamment par les dépenses d'optique (+0,3 milliard d'euros), qui sont majoritairement prises en charge par les OC. Les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cures thermales (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 2,2 milliards d'euros en 2022.

Le taux de prise en charge des dépenses par les OC est quasi stable en 2022, à un niveau inférieur à la période pré-Covid-19

En 2022, les OC financent 12,6 % de la CSBM (-0,1 point par rapport à 2021). Cette prise en charge avait fortement diminué en 2020, de 13,4 % en 2019 à 12,1 % (-1,2 point), du fait de la crise sanitaire. En effet, celle-ci avait 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. En 2021, la part des OC dans le financement de la CSBM s'était redressée, à 12,7 %, avec l'amélioration de la situation sanitaire. En 2022, elle est quasi stable par rapport à 2021, à un niveau inférieur à celui antérieur à la crise du Covid-19 : entre 2011 et 2019, les taux de prise en charge avaient varié entre 13,0 % et 13,6 % (graphique 2).

Cette stabilité globale cache toutefois des différences nettes entre postes de soins. En particulier, alors que la majorité des postes voient leur taux de prise en charge reculer légèrement en 2022, les trois postes concernés par la réforme du 100 % santé continuent de voir leurs taux de prise en charge augmenter (tableau 3 et fiche 17). Le taux de prise en charge des audioprothèses augmente de nouveau fortement en 2022 (42 %, après 37 % en 2021). Il en va de même pour les montures et verres en optique (72 % en 2022, après 69 % en 2021) et, dans une moindre mesure, pour les prothèses dentaires (57 % en 2022, après 56 % en 2021).

Tableau 1 Financement de la CSBM par les organismes complémentaires en 2022

En milliards d'euros

	Mutuelles	Entre-prises d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble	Évolution 2021-2022 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2022 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2021 (en %)
CSBM	13,8	10,1	5,9	29,8	3,2	12,6	12,7
Soins hospitaliers	2,3	1,5	0,8	4,7	0,6	4,1	4,2
Soins de ville	6,3	4,7	2,8	13,8	2,7	22,3	22,3
Médecins et sages-femmes (honoraires)	1,8	1,5	0,8	4,1	3,4	16,6	16,7
Médecins (FPMT)	0,2	0,1	0,1	0,3	2,4	37,3	36,9
Auxiliaires médicaux	1,0	0,7	0,2	1,9	2,0	10,8	10,9
Soins dentaires (y compris prothèses)	2,8	2,1	1,4	6,2	2,2	45,1	45,3
Laboratoires d'analyses et soins en cures	0,6	0,5	0,3	1,3	4,5	25,5	24,4
Médicaments	1,7	1,2	0,6	3,6	4,3	10,9	11,0
Autres biens médicaux	3,3	2,6	1,6	7,5	5,1	37,6	36,1
Audioprothèses	0,5	0,2	0,1	0,8	11,0	41,9	36,8
Optique (y compris lentilles et examens)	2,1	1,9	1,2	5,3	5,6	72,9	69,2
Prothèses (hors audiologiques et dentaires), orthèses, pansements, etc.)	0,7	0,5	0,2	1,4	0,1	12,8	13,1
Transports sanitaires	0,1	0,1	0,0	0,2	10,0	3,1	3,0
Prestations connexes à la santé	1,0	0,8	0,4	2,2	n.s.		
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures	0,6	0,4	0,2	1,2	1,2		
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,4	0,4	0,2	1,0	n.s.		

n.s. : non significatif.

Note > Hors prestations CSS versées par les organismes. Les soins hospitaliers sont hors USLD. 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. L'évolution des prestations à la périphérie des soins de santé n'est pas présentée, car une partie de l'évolution s'explique par un taux de déclaration qui peut varier d'une année sur l'autre.

Lecture > En 2022, les organismes complémentaires prennent en charge 22,3 % des dépenses de CSBM en soins de ville.

Source > DREES, comptes de la santé.

Au total, le taux de prise en charge de l'optique, des audioprothèses et des prothèses dentaires par les OC augmente de 59 % en 2021 à 61 % en 2022. Les niveaux de dépense des OC pour ces trois postes progressent de façon relativement forte (+11,0 % pour les audioprothèses, +4,1 % pour les montures et verres en optique et +2,3 % pour les prothèses dentaires), mais moins vite qu'en 2021 du fait notamment de la stabilisation des dépenses totales sur ces trois postes à 15,8 milliards d'euros en 2022, comme en 2021. Les produits du 100 % santé cons-

tituent ainsi le seul poste agrégé de soins qui contribue positivement à la variation de la part prise en charge par les OC en 2022 (*graphique 3*).

Parmi les autres postes de soins de ville, les taux de prise en charge diminuent légèrement, excepté pour les laboratoires de biologie médicale et soins en cures, pour lesquels il passe de 24,4 % en 2021 à 25,5 % en 2022. Les biens médicaux hors audioprothèses et optique voient également leur taux de prise en charge diminuer, de 13,1 % en 2021 à 12,8 % en 2022.

Tableau 2 Contribution exceptionnelle liée à la crise du Covid-19 versée au titre des années 2020 et 2021, selon le type d'organisme complémentaire et le type de contrat

En milliards d'euros

	Versement au titre de l'année					
	2020			2021		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	0,31	0,16	0,47	0,16	0,08	0,24
Entreprises d'assurance	0,17	0,17	0,34	0,09	0,09	0,18
Institutions de prévoyance	0,03	0,14	0,16	0,02	0,07	0,09
Total	0,51	0,46	0,97	0,27	0,24	0,51

Note > Les contrats de surcomplémentaires et les contrats au premier euro sont intégrés dans la catégorie des contrats individuels. La contribution au titre de l'année 2020 a été versée début 2021, et la contribution versée au titre de l'année 2021 a été versée début 2022.

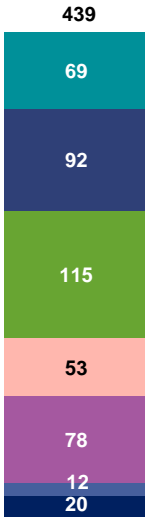
Lecture > Les mutuelles ont versé une contribution exceptionnelle liée à la crise du Covid-19 de 0,16 milliard d'euros début 2021 au titre de leurs contrats collectifs de 2020.

Source > Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

Graphique 1 Dépense des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM en 2022

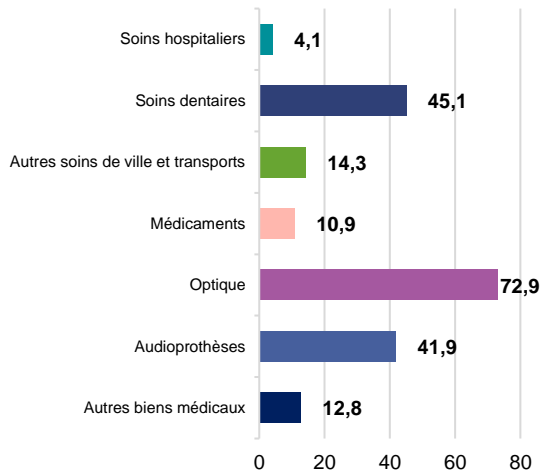
a. Structure de la dépense moyenne par habitant

En euros



b. Parts dans la dépense totale du poste

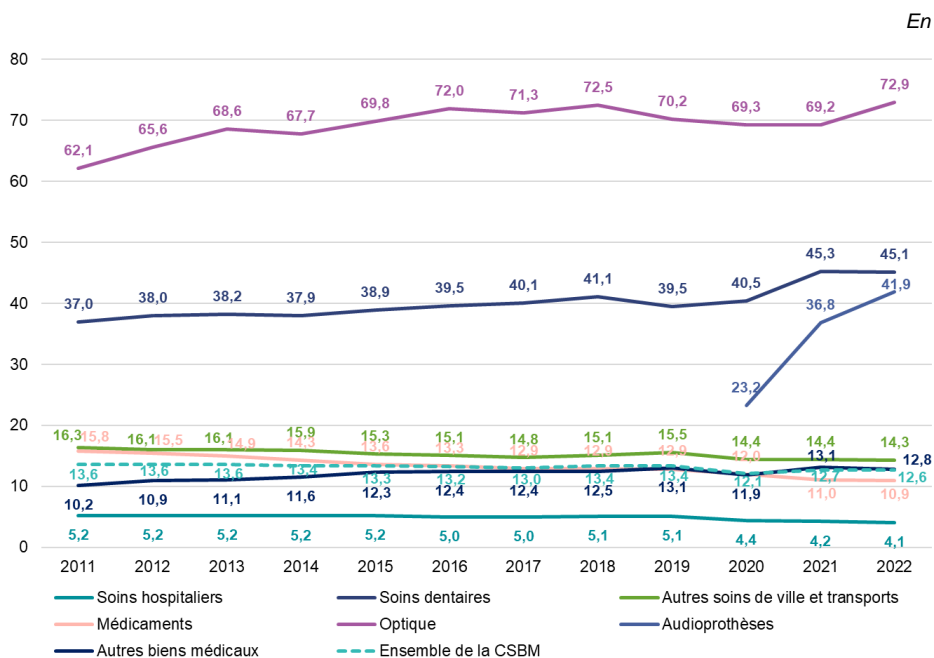
En %



Lecture > En 2022, la dépense moyenne des organismes complémentaires (OC) par habitant s'élève à 439 euros, dont 69 euros de dépenses de soins hospitaliers. La part prise en charge par les OC représente 4,1 % de la dépense de soins hospitaliers en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Parts prises en charge par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM



Lecture > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 45,1 % de la consommation de soins dentaires (y compris prothèses dentaires) en 2022.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le taux de prise en charge des médicaments diminue également de nouveau en 2022, à 10,9 %, après 11,0 % en 2021. Cette prise en charge baisse continûment depuis 2010 en raison notamment des mesures successives de déremboursements¹ et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie dans la consommation totale.

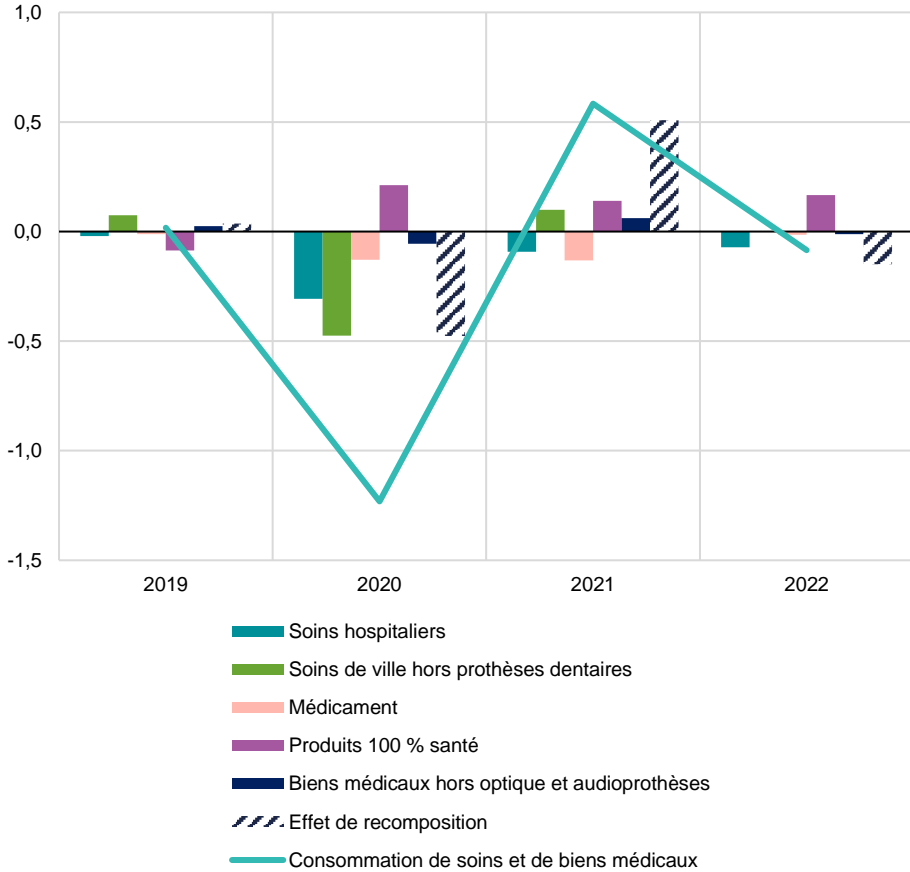
La participation des OC au financement des soins hospitaliers et des transports sanitaires, très largement assuré par l'Assurance maladie, est très faible (respectivement 4,1 % et 3,1 % de ces dépenses sont financées par les OC en 2022) et a relativement peu varié en 2022 (respectivement -0,1 point et +0,1 point).

¹ Pour une majorité de contrats, les OC ne remboursent que les médicaments déjà partiellement remboursés par

l'Assurance maladie ; un déremboursement de l'Assurance maladie conduit donc généralement aussi à un déremboursement par les OC.

Graphique 3 Décomposition par poste de dépense de la variation de la part prise en charge par les organismes complémentaires

Part des organismes complémentaires en % de la CSBM, contributions en points de pourcentage



Note > Le résidu entre la variation de la part de prise en charge de la CSBM et la somme des contributions de chaque poste constitue un effet de recomposition, qui rend compte de la variation de la part de chaque poste dans la CSBM.

Lecture > La part de la CSBM prise en charge par les organismes complémentaires a diminué de 0,1 % en 2022. Les produits 100 % santé ont contribué pour +0,2 % à cette variation.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Financement du 100 % santé par les organismes complémentaires en 2022

En millions d'euros

	Panier	Dépenses de CSBM	Dépenses organismes complémentaires (OC)	Évolution des dépenses OC 2021-2022 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2022 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2021 (en %)
Audioprothèses	100 % santé	474	295	6,7	62	56
	Tarif libre	1 503	534	13,6	36	31
	Total	1 977	829	11,0	42	37
Optique (montures et verres)	100 % santé	379	176	12,4	47	44
	Tarif libre	6335	4630	3,8	73	70
	Total	6 715	4 807	4,1	72	69
Prothèses dentaires	100 % santé	3 022	2 137	2,0	71	70
	Tarif maîtrisé	1 993	885	10,3	44	40
	Tarif libre	2 057	975	-3,5	47	49
	Total	7 072	3 997	2,3	57	56
Total		15 764	9 633	3,9	61	59

Note > Les paniers à tarif libre en dentaire et optique n'incluent pas les postes hors champ du 100 % santé (notamment les lentilles et examens optiques). Pour les audioprothèses, les piles et accessoires sont intégrés au panier à tarif libre. Les taux de réponse étant faibles pour certains postes de prestations, les résultats doivent être considérés avec précaution.

Lecture > En 2022, les OC prennent en charge 62 % des dépenses de CSBM du panier 100 % santé en audioprothèses.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les ratios de prestations sur cotisations sont quasi stables en 2022 par rapport à 2021, à des niveaux similaires à ceux observés en 2019 avant la crise

En 2022, 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 2022, les ratios des prestations sur cotisations sont demeurés quasi stables, après le fort rebond observé en 2021, qui avait suivi la baisse de 2020 liée à la crise du Covid-19. Hors prestations connexes, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, ces ratios s'élèvent à 67 % et 80 % respectivement pour les contrats individuels et collectifs en 2022, contre 68 % et 81 % en 2021. Ces ratios sont similaires à ceux observés en 2019, avant la crise du Covid-19. Si on rajoute les prestations connexes, ces ratios s'élèvent à 72 % pour les contrats individuels et 86 % pour les collectifs.

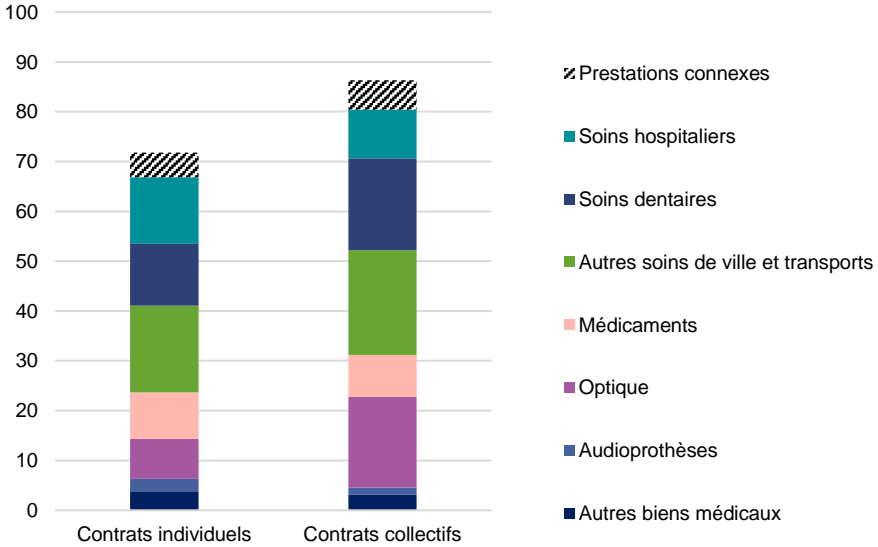
Pour 100 euros de cotisations, les contrats collectifs reversent en moyenne 18 euros en optique et 19 euros en dentaire, contre respectivement 8 et 13 euros en individuel (*graphique 4*). Les contrats individuels reversent en revanche plus de prestations en soins hospitaliers et audioprothèses que les 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 4 Prestations versées selon le type de soin et de contrat en 2022

En % des cotisations collectées HT



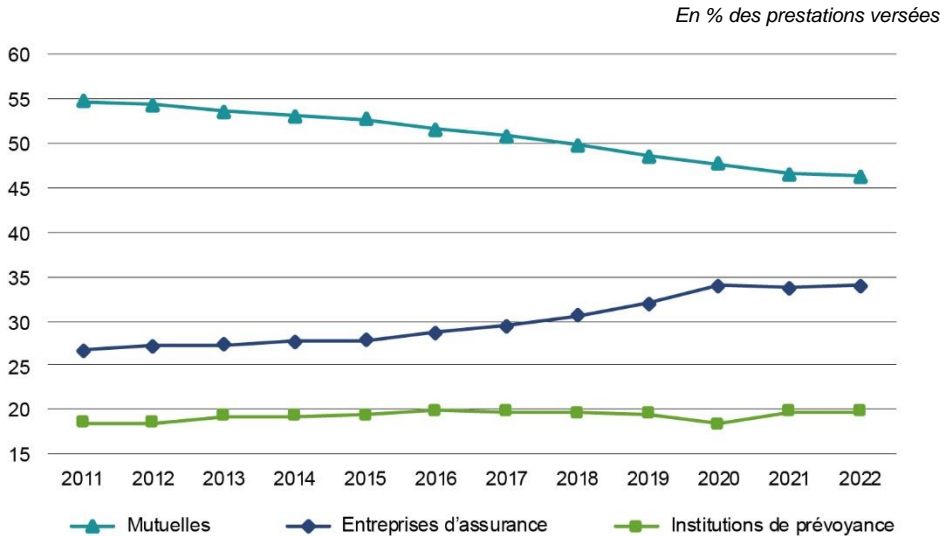
Lecture > En 2022, les prestations représentent 72 % des cotisations hors taxe pour les contrats individuels, et 86 % pour les contrats collectifs. Hors prestations connexes, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, ces ratios s'élèvent à 67 % et 80 % respectivement pour les contrats individuels et collectifs.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En 2022, 46 % des prestations des OC ont été versées par des mutuelles, 34 % par des entreprises d'assurance et 20 % par des institutions de prévoyance (graphique 5). Les mutuelles perdent des

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

Graphique 5 Parts de marché par type d'organisme complémentaire

Lecture > Les mutuelles versent 46 % du total des prestations des organismes complémentaires sur le champ de la CSBM en 2022, contre 55 % en 2011.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > de Willencourt, C. (2022, décembre). *Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. 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.
- > Guilloton, V. (2023, mars). En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé. DREES, *Études et Résultats*, 1260.

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 2022, les ménages dépensent 17,0 milliards d'euros sur le champ de la CSBM, soit 7,2 % de l'ensemble. Le reste à charge augmente de 0,1 point en 2022, porté par la hausse du RAC dans les soins hospitaliers.

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

En 2022, les ménages financent directement 17,0 milliards d'euros des soins et biens médicaux du champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ce reste à charge (RAC)¹ des ménages représente 7,2 % de la CSBM (*graphique 1*), ou encore 1,0 % du revenu disponible brut des ménages en 2022.

La part des ménages dans le financement de la CSBM augmente légèrement pour la deuxième année consécutive (+0,1 point en 2022 après +0,1 point en 2021). Ces hausses font suite à une baisse exceptionnelle de 0,5 point en 2020, liée à la prise en charge par l'Assurance maladie de l'essentiel des dépenses exceptionnelles pour lutter contre l'épidémie de Covid-19. Avant la crise sanitaire, le RAC baissait chaque année de près de 0,2 point par an depuis 2010.

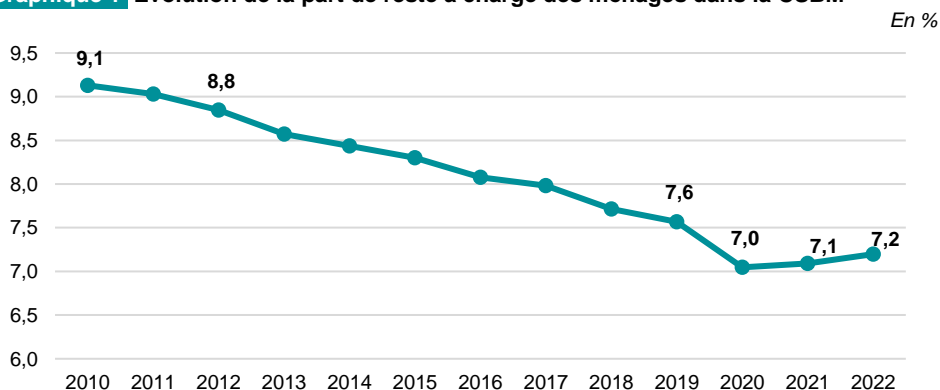
En 2022, cette hausse concerne les principales composantes de la consommation (*tableau 1*). Le RAC s'accroît dans les soins hospitaliers (+0,5 point), sous l'effet de la réduction des dotations exceptionnelles pour lutter contre l'épidémie.

De fait, la répartition par financeur des soins hospitaliers se rapproche de celle observée avant la crise. Il s'accroît aussi dans les médicaments (+0,2 point) du fait du dynamisme de la consommation de médicaments non remboursables. Dans les soins de médecins, le RAC progresse aussi légèrement (+0,2 point) sous l'effet d'une hausse du taux de dépassement chez les spécialistes. À l'inverse, il poursuit sa baisse sur les trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé.

En 2010, le reste à charge (RAC) en santé des ménages représentait 9,1 % de la CSBM. Depuis dix ans, cette part diminue tendanciellement, avec la forte progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD), sous l'effet du vieillissement de la population.

Il faut toutefois noter que la baisse de 0,4 point du reste à charge enregistrée entre 2019 (dernière année avant le Covid-19) et 2022 (année moins marquée par le Covid-19 que les deux précédentes) s'explique intégralement par la forte baisse du RAC sur les produits concernés par la réforme du 100 % santé (-11,4 points en trois ans).

Graphique 1 Évolution de la part de reste à charge des ménages dans la CSBM



Lecture > En 2022, le reste à charge des ménages représente 7,2 % de la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

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 complé-

mentaires 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.

Tableau 1 Composition du reste à charge des ménages de 2019 à 2022

En millions d'euros

	Niveaux				Taux de reste à charge (en %)			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Ensemble	15 674	14 828	16 079	16 980	7,6	7,0	7,1	7,2
Soins hospitaliers	2 313	1 849	2 324	3 025	2,4	1,8	2,1	2,6
Hôpital public	741	413	667	1 323	1,0	0,5	0,8	1,5
Clinique privée	1 572	1 435	1 657	1 702	6,9	6,1	6,6	6,5
Soins de ville hors prothèses dentaires	3 620	3 751	4 209	4 392	7,1	7,6	7,9	8,0
Soins de médecins et de sages-femmes	1 905	1 674	1 934	2 067	8,0	7,3	7,9	8,1
Soins d'auxiliaires médicaux	1 259	1 101	1 368	1 463	7,9	7,0	7,9	8,2
Soins de dentistes hors prothèses	310	821	594	664	5,0	13,9	9,2	9,8
Laboratoires d'analyses et cures thermales	145	155	312	198	3,0	3,4	6,3	4,0
Produit 100 % santé	4 540	3 490	3 738	3 348	33,4	27,7	23,7	21,2
Optique hors lentilles	1 633	1 599	1 778	1 551	25,1	27,6	26,4	23,1
Audioprothèses	764	722	831	706	60,8	57,2	41,0	35,7
Prothèses dentaires	2 143	1 169	1 129	1 091	36,8	21,1	16,1	15,4
Médicaments en ambulatoire	3 990	3 815	4 231	4 532	13,0	12,8	13,6	13,8
Autres biens médicaux hors audioprothèses et optique	1 093	1 799	1 407	1 487	11,1	16,8	12,8	13,2
Transports sanitaires	117	125	171	197	2,3	2,6	3,1	3,3

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

Lecture > En 2022, le reste à charge des ménages en soins hospitaliers s'établit à 3 025 millions d'euros, ce qui représente 2,6 % de la consommation de ces soins.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

Le niveau de financement des ménages est très hétérogène selon le poste de la consommation en santé.

Il est ainsi très bas sur les soins hospitaliers : 1,5 % pour les hôpitaux publics et 6,5 % pour les cliniques privées (graphique 2), qui sont principalement financés par la Sécurité sociale.

Dans les soins de villes hors prothèses dentaires, le taux de reste à charge (RAC) des ménages s'établit globalement à 8,0 % en 2022. Il est plus élevé chez les masseurs-kinésithérapeutes (15,4 %), les orthoptistes (13,6 %) et les médecins spécialistes (10,3 %). À l'inverse, il est plus faible chez les sages-femmes (2,7 %), les infirmiers (3,3 %) et les laboratoires de biologie médicale (4,3 %), davantage couverts par l'Assurance maladie.

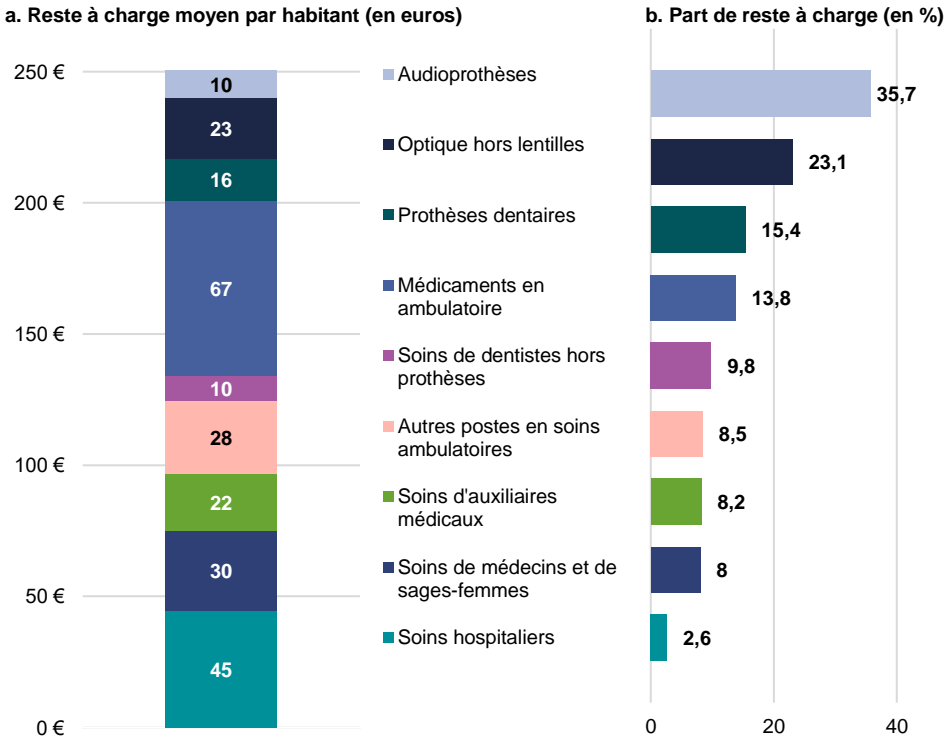
Le reste à charge pour les médicaments en ambulatoire est plus élevé que le RAC moyen (13,8 % en 2022). Cet écart provient notamment des médica-

ments non remboursables ou achetés sans prescription qui représentent 10 % du poste en 2022 et ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie et les complémentaires santé.

Malgré la mise en place de la réforme du 100 % santé (fiche 17), le RAC reste le plus élevé en proportion de la dépense sur l'optique médicale hors lentilles et accessoires (23,1 % en 2022), les audioprothèses (35,7 %) et les prothèses dentaires (15,4 %).

Le reste à charge représente en moyenne 250 euros par habitant en 2022

Rapporté à la population française, le reste à charge représente en moyenne 250 euros par habitant en 2022. Il est constitué en particulier de 67 euros de dépense de médicaments, de 45 euros de soins hospitaliers, de 30 euros de soins de médecins et de 23 euros d'optique hors lentilles. Cette moyenne cache toutefois de grandes disparités de reste à charge selon l'âge ou l'état de santé.

Graphique 2 Montant moyen de reste à charge par habitant et part de reste à charge par secteur en 2022

Lecture > En 2022, le reste à charge des ménages représente 13,8 % du total de la consommation de médicaments, ce qui représente une dépense de 67 euros en moyenne par habitant.

Source > DREES, comptes de la santé.

De fortes baisses de reste à charge dans les secteurs concernés par le 100 % santé hors optique

Pour les prothèses dentaires et les audioprothèses, le reste à charge des ménages diminue fortement dès la mise en place de la réforme (*graphique 3*). En revanche, l'effet du 100 % santé sur le RAC demeure très modéré pour l'optique médicale hors lentilles.

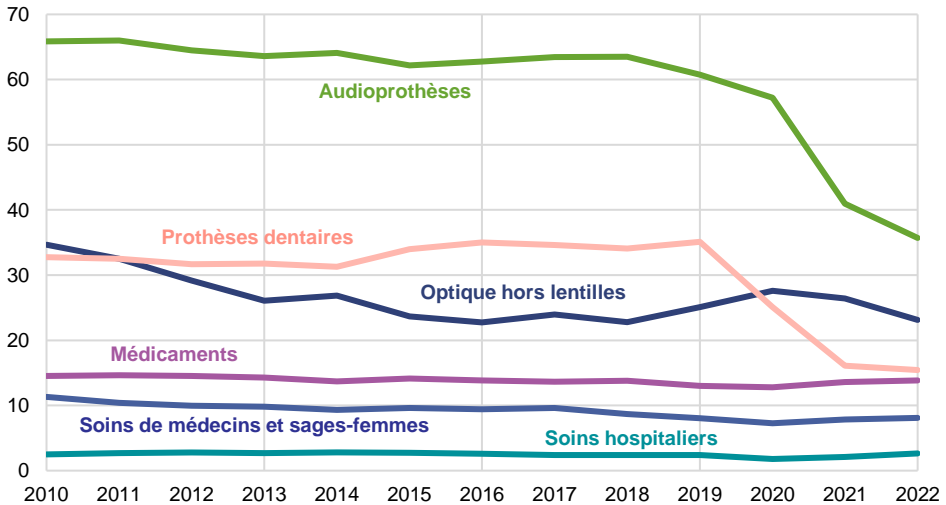
Pour les audioprothèses, le taux de reste à charge était particulièrement élevé avant la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé. De 2010 à 2019, il baisse très légèrement mais se maintient au-dessus de 60 % de la dépense. La mise en place de la réforme, en 2019, amorce une chute importante du RAC : de 61 % en 2019, il passe à 36 % en 2022. Cette baisse est compensée par une forte hausse du financement par les organismes complémentaires.

Pour les prothèses dentaires, le taux de RAC augmente légèrement entre 2010 et 2019, de 33 % en 2010 à 35 % en 2019. La mise en place de la réforme du 100 % santé divise par deux le taux de financement des ménages, qui s'élève, en 2022, à 15 % de la dépense. Cette baisse est due à une meilleure prise en charge à la fois des organismes complémentaires et de l'Assurance maladie.

Pour l'optique médicale hors lentilles, l'effet du 100 % santé sur le RAC est beaucoup plus modeste. En 2010, le reste à charge sur ce poste représentait plus du tiers de la dépense. Le taux de RAC a diminué jusqu'en 2018, pour atteindre 23 % sous l'effet d'une hausse de la participation des organismes complémentaires au financement. Il repart ensuite à la hausse pour atteindre 28 % en 2020 avant de baisser à nouveau avec la mise en place de la réforme du 100 % santé, mais dans une proportion bien moindre que pour les audioprothèses et les prothèses dentaires.

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

En % de la consommation par poste



Lecture > En 2022, le reste à charge des ménages représente 36 % de la consommation d'audioprothèses.

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 des dépenses financées directement

par les ménages (18 %). À l'opposé, les dépenses en optique médicale (hors lentilles) représentent 9 % du RAC pour seulement 3 % de la CSBM. De même, les prothèses dentaires et les médicaments ont un poids plus élevé dans le RAC des ménages que dans la CSBM. ■

En décembre 2022, la complémentaire santé solidarité (CSS) procure une couverture santé complémentaire à 7,4 millions de personnes au sein de foyers modestes. La CSS est 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). En 2022, la CSS complète les remboursements de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 3,2 milliards d'euros.

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 de lutter ainsi 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 (9 571 euros pour un adulte seul en décembre 2022), 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 décembre 2019, 90 % des assurés couverts par la CSS payante choisissaient un OC, mais cette proportion a baissé à 30 % en décembre 2022.

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'en 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.

La CSS prend en charge 3,2 milliards d'euros de dépenses en 2022

En 2022, 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. Ce montant est en baisse de 2,5 % par rapport à 2021 (3,3 milliards d'euros).

Les soins hospitaliers, qui représentent près de la moitié de la CSBM en 2022, correspondent seulement à 25,3 % des dépenses financées par la CSS. Ils forment tout de même son premier poste de dépense (0,8 milliard d'euros). Le second poste financé par la CSS est les soins dentaires (0,8 milliard d'euros soit 24,9 % des dépenses),

Au sein de ce total, le montant relevant de la gestion de la CSS par les organismes complémentaires s'élève à 0,5 milliard d'euros.

Le nombre de bénéficiaires de la CSS est en hausse

En décembre 2022, 7,4 millions de personnes sont couvertes par la CSS, dont 5,9 sans participation financière et 1,5 avec participation financière (tableau 1). Cet effectif de bénéficiaires augmente ainsi nettement par rapport à décembre 2021, à la fois pour la CSS gratuite et la CSS payante.

Les deux augmentations successives du plafond de ressources annuel (+1,8 % en avril et +4,0 % en juillet) contribuent à cette hausse en élargissant le champ des personnes éligibles. De nouvelles mesures de simplification des démarches pour les assurés sont aussi entrées en vigueur, favorisant le taux de recours, comme l'automatisation du bénéfice de la CSS gratuite lors de l'ouverture des droits au revenu de solidarité active (RSA).

Selon les dernières évaluations disponibles (pour l'année 2021), le non-recours à la CSS gratuite s'établit à 30 %, tandis que le non-recours à la CSS payante est nettement plus élevé, autour de 70 %.

Néanmoins, les non-recourants peuvent être couverts par une autre complémentaire santé, souscrite par exemple dans un cadre professionnel.

Durant la crise sanitaire, 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). 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 CSS de 2012 à 2022

En millions de personnes

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	5,3	6,7	6,9	6,9	7,2	7,1	7,4
CMU-C puis CSS sans participation	4,5	5,5	5,6	5,7	5,9	5,7	5,9
ACS puis CSS avec participation	0,8	1,2	1,3	1,2	1,3	1,4	1,5

Champ > Nombre de personnes dans les foyers couverts en décembre de l'année.

Sources > 2011 à 2018 : rapports d'activité du Fonds CMU ; 2019 à 2022 : comité de suivi de la complémentaire santé solidaire.

Pour en savoir plus

- > **Direction de la Sécurité sociale** (2023, janvier). La complémentaire santé solidaire et l'accès aux soins. *Revue de la complémentaire santé solidaire*, 6.
- > **De Williencourt, C.** (2022, décembre). *La Situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – Rapport 2022*. DREES.
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2022, décembre). *Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire – Édition 2022*.
- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.), et al.** (2022, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2022*. Fiche 36 - 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.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2022, septembre). La complémentaire santé solidaire. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023*. Partie 3.1, pp. 112-117.



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

**La dépense courante de santé
au sens international**

Autres indicateurs

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 313,6 milliards d'euros en 2022 ; elle ralentit fortement (+2,0 % après +9,9 %), après une croissance exceptionnelle en 2021 liée à la crise sanitaire. La CSBM augmente de 3,9 %, tandis que les dépenses hors CSBM se replient en 2022, du fait de la forte baisse des dépenses de prévention (-27,9 %) due au reflux de l'épidémie au cours de l'année. Les dépenses de soins de longue durée et de gouvernance augmentent de nouveau, à un rythme un peu supérieur à celui de la tendance pré-crise.

Le reste à charge des ménages repart à la hausse en 2022, à 8,9 % de la DCSi (après 8,7 %, après avoir baissé durant la crise sanitaire (-0,2 point en 2021 et -0,7 point en 2020)). Le reste à charge des ménages augmente en particulier pour les soins hospitaliers et pour les dépenses de prévention.

La dépense courante de santé représente 11,9 % du PIB en 2022

La dépense courante de santé au sens international¹ (DCSi) s'élève à 313,6 milliards d'euros en 2022 (tableau 1). Après deux années de forte hausse liée à la crise sanitaire, la dépense courante de santé ralentit (+2,0 % en 2022 après +9,9 % en 2021 et 3,4 % en 2020) [graphique 1]. La DCSi représente 11,9 % du PIB en 2022, un niveau supérieur à celui de 2019 (11,1 % en 2019).

En 2022, les dépenses de prévention chutent de 27,9 % avec le reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année. En effet, les dépenses de vaccination diminuent par rapport à l'année précédente tandis que les dépenses de tests, encore très élevées début 2022, diminuent au 2nd semestre de 2022 (fiches 3 et 24).

Hors prévention, les autres composantes de la DCSi croissent à un rythme un peu plus élevé que celui observé avant la crise. C'est le cas pour les soins courants (+4,0 % en 2022, contre +2,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). La forte croissance

des soins hospitaliers publics (+4,5 % en 2022) s'explique en particulier par la poursuite de la hausse de la rémunération des personnels. Les biens médicaux² progressent de 3,7 % en 2022 (contre +1,3 % par an en moyenne entre 2013 et 2019), portés notamment par l'arrivée de médicaments innovants sur le traitement de la mucoviscidose et le traitement du cancer. Enfin, les mesures dites du Ségur de la santé contribuent toujours, en 2022, à l'accroissement des dépenses dans les soins de longue durée.

En 2021, les principales composantes de la DCSi avaient fortement augmenté. En particulier, les dépenses de prévention avaient doublé entre 2020 et 2021, avec l'intensification de l'effort de dépistage et de vaccination pour lutter contre l'épidémie de Covid-19 (fiche 22). Les dépenses de soins courants avaient elles aussi progressé rapidement, portées par la reprise d'activité après une année 2020 où l'activité de plusieurs secteurs s'était quasiment arrêtée lors du 1^{er} confinement de mars à mai 2020.

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 1).

² Le poste « biens médicaux » au sens de SHA (HC.5) diffère de celui de la CSBM. En particulier, il inclut les médicaments ainsi que les dispositifs médicaux et médicaments facturés en sus dans les établissements de santé.

Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) entre 2013 et 2022

En milliards d'euros

	2013	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2021-2022 (en %)	TCAM 2013-2019 (en %)
CSBM	185,3	200,4	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8	3,9	1,9
HC.1+ HC.2 - Soins courants	124,6	135,4	137,7	140,9	144,1	155,9	162,2	4,0	2,1
HC.4 - Services auxiliaires	10,7	12,0	12,2	12,3	11,8	13,3	13,7	3,4	2,3
HC.5 - Biens médicaux	50,0	53,0	52,9	54,0	54,5	57,7	59,9	3,7	1,3
Hors CSBM	55,9	60,9	62,2	63,4	69,4	80,6	77,8	-3,5	2,1
HC.3 - Soins de longue durée	36,3	40,4	41,4	42,7	45,5	47,7	49,5	3,8	2,7
HC.6 - Prévention institutionnelle	5,2	5,3	5,5	5,5	8,7	17,5	12,7	-27,9	1,2
HC.7 - Gouvernance	14,4	15,2	15,3	15,2	15,2	15,4	15,7	1,7	0,8
Dépense courante de santé au sens international	241,3	261,2	264,9	270,6	279,8	307,6	313,6	2,0	1,9
DCSi (en % du PIB)	11,4	11,4	11,2	11,1	12,1	12,3	11,9		

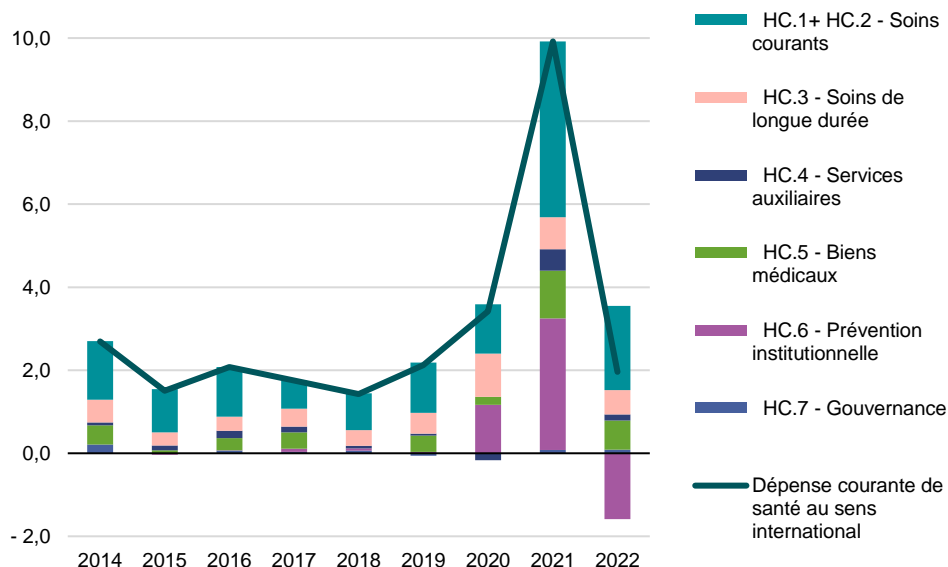
TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Lecture > En 2022, la dépense courante de santé au sens international s'élève à 313,6 milliards d'euros, soit 11,9 % du PIB.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

Graphique 1 Taux de croissance et contribution à la croissance de la DCSi

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins de longue durée augmentent de nouveau en 2022

Les soins de longue durée (SLD) représentent 49,5 milliards d'euros en 2022 (tableau 2). Ils augmentent de 3,8 % en 2022, en ralentissement après deux années de forte hausse (+6,6 % en 2020 et +4,8 % en 2021).

En 2021, la croissance des dépenses de SLD était tirée par les dépenses à destination des personnes âgées et à la dépendance sous l'effet des mesures de soutien aux établissements médico-sociaux et des revalorisations salariales des personnels en Ehpad et en unité de soins de longue durée (USLD) prises dans le cadre du Ségur de la santé.

En 2022, ce sont les soins de longue durée en faveur des adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée qui contribuent le plus à la hausse des dépenses. Cette augmentation s'explique par un effet de structure : les établissements d'accueil concernés comptent davantage de personnels non soignants (éducateurs spécialisés, animateurs) qui n'ont pas bénéficié aux mêmes dates des mesures du Ségur de la santé que le personnel soignant. Pour ces personnels, des revalorisations salariales similaires à celles prises lors du Ségur ont été décidées, mais elles ne sont entrées en vigueur qu'au 1^{er} avril 2022.

Enfin, les établissements de lutte contre la toxicomanie continuent de voir leurs dotations augmenter en 2022 (+11,3 % après +10,9 % en 2021).

Tableau 2 Dépenses de soins de longue durée entre 2013 et 2022

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution 2020-2021 (en %)	Évolution 2021-2022 (en %)
Adultes handicapés et enfance inadaptée	11 025	12 177	12 485	13 165	13 565	14 825	3,0	9,3
Personnes âgées et dépendance	24 813	28 583	29 584	31 677	33 371	33 832	5,3	1,4
Lutte contre la toxicomanie	486	600	635	683	757	843	10,9	11,3
Ensemble des soins de longue durée (HC.3)	36 324	41 360	42 704	45 525	47 694	49 500	4,8	3,8

Source > DREES, comptes de la santé.

L'Assurance maladie finance les trois quarts de la DCSi en 2022

Le financement de la DCSi repose principalement sur l'Assurance maladie : elle prend en charge 75,4 % de la dépense en 2022 (tableau 3). Les organismes complémentaires sont le second financeur, avec 12,1 % de la dépense. Le reste à charge (RAC) des ménages s'établit à 8,9 % de la dépense en 2022 ; il est supérieur au RAC sur la CSBM (fiche 21) en raison, notamment, d'un reste à charge plus élevé sur les soins de longue durée.

La prise en charge varie selon les secteurs de la DCSi. L'Assurance maladie finance davantage les soins courants et les services auxiliaires (laboratoires d'analyse et transports sanitaires). *A contrario*, sa participation est moins élevée pour les biens médicaux et les soins de longue durée. Toutefois, la part des soins de longue durée financée par l'Assurance maladie tend à augmenter ; de 64,7 % de la dépense en 2019, elle s'élève maintenant à 68,4 % en 2022. En 2020, l'Assurance maladie a pris directement à sa charge les financements aux établissements médico-sociaux pour lutter contre l'épidémie. À partir de 2021, la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) soutient la croissance des dépenses en faveur de l'autonomie.

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. À cause du grand nombre d'organismes exerçant dans le secteur de la complémentaire santé (plus de 400 opérateurs en 2021), ils constituent à eux seuls plus de la moitié des frais de gouvernance en 2022.

La participation de l'État et des collectivités locales est très faible pour les soins courants (0,8 % en 2022). Elle est un peu plus élevée sur la prévention (15,4 % en 2022). 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, 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 CNSA.

La part des dépenses de santé financée directement par les ménages varie fortement selon les composantes de la dépense.

Limitée sur deux de ses principales composantes (5,1 % pour les soins courants et 2,6 % pour les services auxiliaires en 2022), elle est en revanche nettement plus élevée sur les SLD et les biens médicaux, les ménages supportant directement

respectivement 21,1 % et 13,9 % de dépenses en 2022. Le reste à charge des ménages est plus important dans les secteurs où l'engagement de l'Assurance maladie est plus faible.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2022

En % de la dépense, par fonction de soins

	Assurance maladie	Etat et collectivités locales	Organismes complémentaires	Entreprises privées	Ménage	Total
CSBM (1)						
HC.1+ HC.2 - Soins courants	84,0	0,8	10,1	0,0	5,1	100,0
HC.4 - Services auxiliaires	80,6	0,4	16,3	0,0	2,6	100,0
HC.5 - Biens médicaux	67,3	0,2	18,6	0,0	13,9	100,0
Hors CSBM (2)						
HC.3 - Soins de longue durée	68,4	10,3	0,2	0,0	21,1	100,0
HC.6 - Prévention	64,4	15,4	1,4	14,1	4,8	100,0
HC.7 - Gouvernance	43,0	6,9	50,1	0,0	0,0	100,0
DCSi (1+2)	75,4	3,0	12,1	0,6	8,9	100,0

Lecture > En 2022, la DCSi est financée à 75,4 % par l'Assurance maladie.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages sur la DCSi repart à la hausse en 2022

Entre 2013 et 2021, le reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue quasiment chaque année, de 10,2 % en 2013 à 8,7 % en 2021 (*graphique 2*). Cette baisse s'interrompt en 2022 : le reste à charge repart à la hausse, de +0,2 point, à 8,9 % de la dépense. Cette hausse fait suite à une diminution très importante de la part des dépenses financées par les ménages au cours des deux dernières années (-1,0 point entre 2019 et 2021).

En 2022, le reste à charge s'accroît dans les soins courants, en particulier pour les soins hospitaliers (+0,4 point). Avec le reflux de l'épidémie, l'Assurance maladie a réduit ses financements exceptionnels, entraînant une hausse du reste à charge dans ce secteur. Le reste à charge augmente aussi pour les dépenses de prévention (+2,0 points en 2022) en raison de la hausse des achats de kits de dépistage du Covid-19 non pris en charge par l'Assurance maladie (autotests, tests TAG ou PCR pour les personnes non vaccinées). Le reste à charge diminue

légèrement dans les SLD (-0,5 point). En 2022, la hausse de la contribution de la CNSA en direction des établissements pour personnes en situation de handicap augmente la part prise en charge par l'Assurance maladie, diminuant en conséquence celle prise en charge par les ménages.

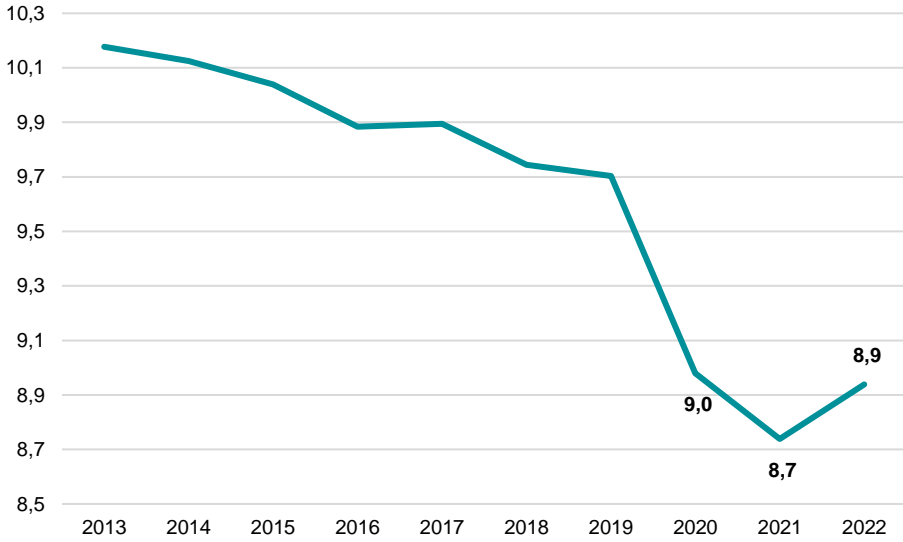
Le reste à charge pour les biens médicaux se réduit aussi de 0,5 point en 2022 sous l'effet de la réforme du 100 % santé dans l'optique et les audioprothèses.

Le dynamisme des dépenses de SLD (+3,8 % en 2022), plus rapide que celui de la DCSi, engendre un effet de recomposition des dépenses, qui contribue un peu à la hausse du reste à charge global (*graphique 3*).

En 2022, les SLD représentent 37 % du reste à charge des ménages, bien qu'ils ne représentent que 16 % de la DCSi (*graphique 4*). Les biens médicaux constituent aussi 30 % du reste à charge contre 19 % pour la DCSi, principalement du fait que la consommation d'optique médicale et de médicaments est plus faiblement prise en charge par l'Assurance maladie. ■

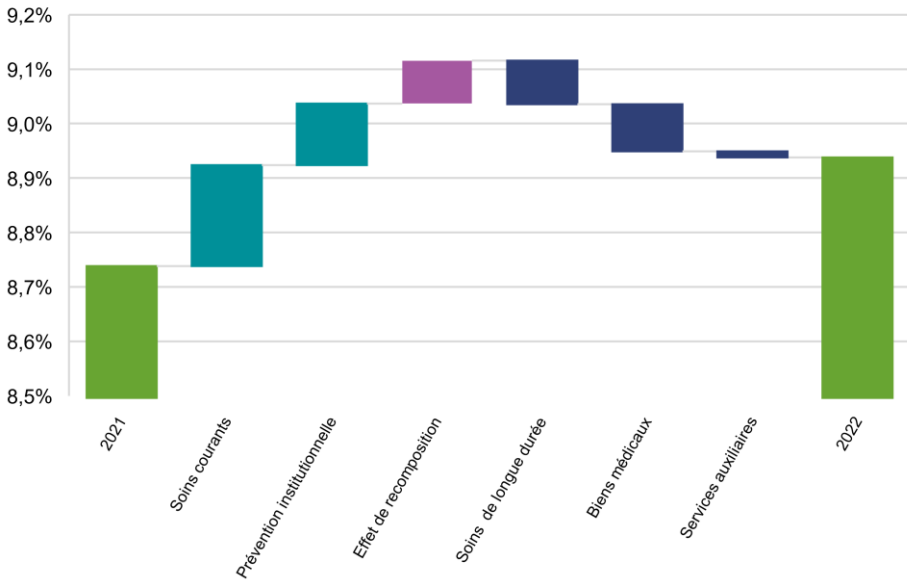
Graphique 2 Évolution du reste à charge des ménages sur la DCSi

En % de la DCSi



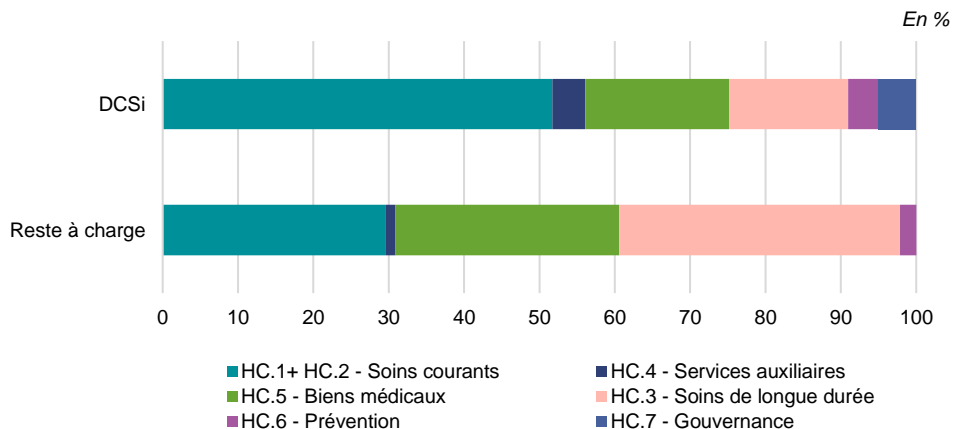
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Décomposition de l'évolution du reste à charge de la DCSi entre 2021 et 2022



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Répartition par fonction de soins de la DCSi et du reste à charge des ménages en 2022



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 : Éditions OCDE.
- > OCDE (2022). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023. Consultables sur <https://stats.oecd.org/>
- > Statistiques d'Eurostat sur la santé 2023. 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.
- > de Williencourt, C. (2022, décembre). *Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES.

Après une forte hausse en 2021, les dépenses au titre de la prévention diminuent de 27,9 % en 2022, à 12,7 milliards d'euros. Les dépenses dédiées à la lutte contre le Covid-19 diminuent fortement en 2022 à 6,5 milliards, après 11,6 milliards en 2021. En particulier, les dépenses de dépistage et de vaccination reculent avec le reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année 2022.

L'Assurance maladie finance les deux tiers des dépenses de prévention en 2022. Cette part est bien plus élevée qu'avant la crise, en raison du financement par l'assurance maladie obligatoire de l'essentiel des dépenses de lutte contre l'épidémie.

Les dépenses de prévention diminuent en 2022 en raison du reflux de l'épidémie de Covid-19

Les dépenses de prévention ont bondi en 2020 (+56,7 %), de 5,5 à 8,7 milliards d'euros à la suite du déclenchement de l'épidémie de Covid-19 en France (tableau 1). En 2021, le renforcement de la campagne de dépistage et le démarrage de la campagne de vaccination ont encore doublé ces dépenses, à 17,6 milliards d'euros.

En 2022, le reflux de l'épidémie de Covid-19 induit une forte baisse des dépenses de prévention (- 27,9 %), à 12,7 milliards d'euros (graphique 1).

Les dépenses de prévention liées à la crise sanitaire en net reflux en 2022

Les dépenses de prévention dédiées à la lutte contre l'épidémie sont constituées des dépenses de dépistage du virus, de vaccination et d'autres dépenses d'intervention en cas d'urgence. De 3,0 milliards d'euros en 2020, elles bondissent à 11,7 milliards en 2021 avant de se réduire à 6,5 milliards d'euros sous l'effet du reflux de l'épidémie (fiche 3). Elles demeurent supérieures à leur niveau de 2020, du fait notamment de la vaccination contre le Covid-19.

La campagne de dépistage du Covid-19 baisse en intensité en 2022

Pilier du dispositif de lutte contre l'épidémie de Covid-19, la politique de dépistage systématique des personnes ayant été en contact avec des personnes malades a été mise en place dès la mise au point de tests afin de briser les chaînes de contamination. Les dépenses liées au dépistage du Covid-19 ont atteint 7,0 milliards d'euros en 2021 (après 2,2 milliards d'euros en 2020), avant de se replier à 4,6 milliards d'euros en 2022.

La composition des dépenses de tests a évolué au fil de l'épidémie. En 2020, les tests reposant sur la technologie d'amplification du matériel génétique du virus dits RT-PCR, ou plus simplement PCR, représentaient 86 % des dépenses, prélèvements

compris (graphique 2). En effet, les tests antigéniques n'ont été développés que plus tardivement. La part des tests PCR recule à 58 % en 2021 puis à 46 % en 2022 avec le développement massif de la campagne de dépistage par tests antigéniques. La part des autotests progresse elle aussi, passant de 3 % en 2020 à 5 % en 2022.

Une moindre dépense de la vaccination contre le Covid-19 en 2022

Second pilier de la lutte contre l'épidémie, 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 à l'ensemble de la population.

En début d'année 2021, de nombreux centres de vaccination ont été ouverts afin de vacciner le plus rapidement possible l'ensemble de la population. Cette campagne de vaccination a été fortement encouragée par les pouvoirs publics. Le passe sanitaire, qui limite l'accès à certains lieux publics aux seules personnes vaccinées ou justifiant d'un test PCR négatif récent, est mis en œuvre le 9 juin 2021 ; son champ d'application aux lieux de loisir est ensuite considérablement étendu à partir du 24 juillet 2021. Disposant de moyens logistiques importants, la campagne de vaccination a été rapide et de grande ampleur : fin 2021, 91 % des Français âgés de 12 ans ou plus ont reçu au moins une dose de vaccin et 129 millions de doses de vaccins ont été injectées¹.

À partir de mars 2022, les centres de vaccination ont pour la plupart fermé et l'injection de vaccin s'est alors majoritairement déroulée dans des cabinets de ville ou en officine, assortis d'un paiement à l'acte.

En deux ans, la vaccination aura coûté 5,4 milliards d'euros dont 3,1 milliards pour l'achat de vaccins ; 0,9 milliard pour le fonctionnement des centres de vaccination, 1,0 milliard pour les injections à l'acte et 0,4 milliard au titre de la prise en charge des dépenses de vaccination par le fonds d'intervention régional (FIR). Plus des deux tiers de ces dépenses auront été effectuées au cours de l'année 2021.

¹ Données issues du système d'information VAC-SI.

Les autres dépenses d'urgence liée à la crise sanitaire diminuent de près de la moitié en 2022

Le développement des applications informatiques nécessaires à la lutte contre l'épidémie (SI-DEP, TousAntiCovid, prise de rendez-vous, etc.) et la mise en place de la politique « Tester, Alerter, Protéger » a entraîné des dépenses exceptionnelles.

Sur trois ans, ces dépenses d'urgence ont représenté 2,1 milliards d'euros entre 2020 et 2022. Elles sont en net reflux en 2022, avec seulement 0,4 milliard d'euro, contre 0,8 milliard en 2021 et 0,9 en 2020.

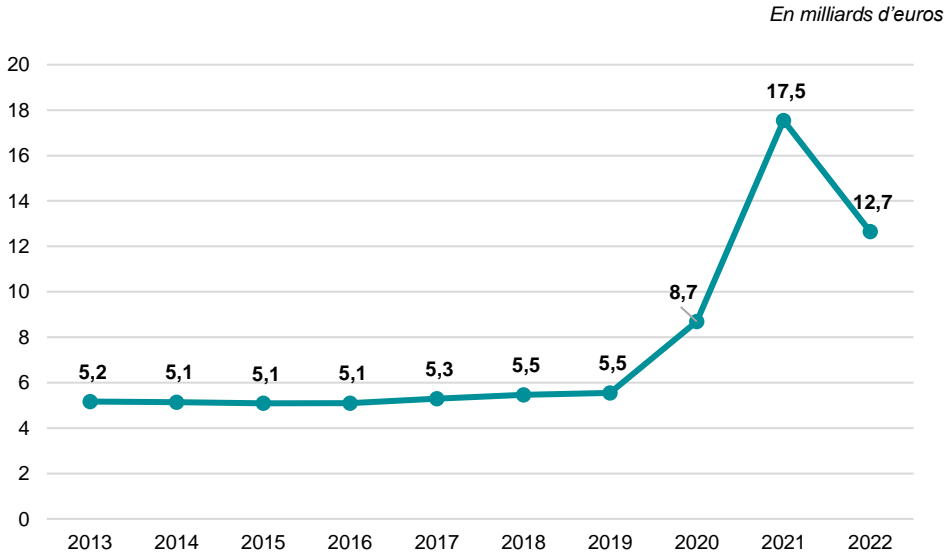
Tableau 1 Dépenses de prévention entre 2013 et 2022

En millions d'euros

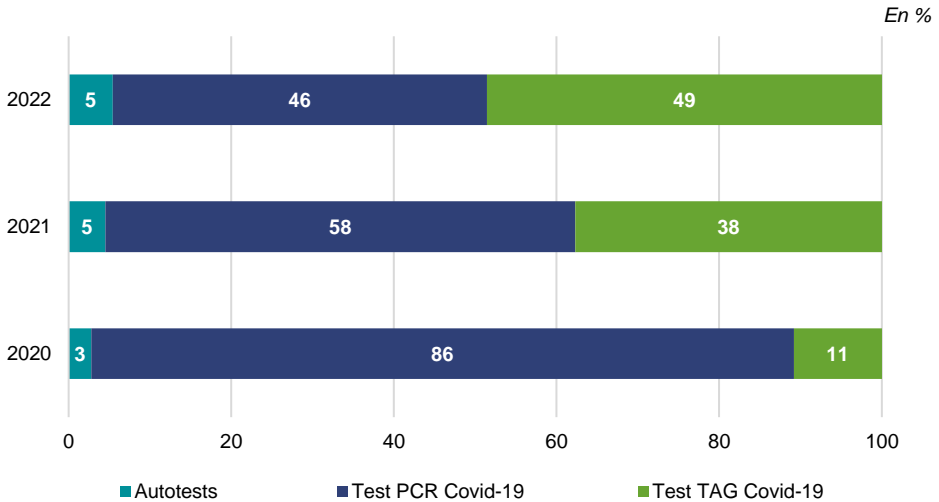
	2013	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2021-2022 (en %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	633	705	681	721	735	778	5,8
Information, promotion, éducation à la santé	255	274	264	295	279	291	4,4
Lutte contre les addictions	82	100	102	104	110	133	20,6
Médecine scolaire	284	304	289	297	319	322	0,9
Nutrition-santé	11	26	26	25	26	31	18,8
HC.62 - Programmes de vaccination	622	708	708	716	4 670	2 346	-49,8
Achat de vaccins Covid-19					2 279	822	-63,9
Vaccination Covid-19					1 651	639	-61,3
Vaccins hors Covid-19	622	708	708	716	740	885	19,6
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	332	401	380	2 558	7 442	5 061	-32,0
Dépistage autres pathologies	54	44	45	43	47	51	8,6
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	145	216	207	205	233	235	0,7
Dépistage des tumeurs	134	141	128	135	140	139	-0,9
Autotests				61	318	252	-20,7
Tests PCR Covid-19 ¹				1 879	4 057	2 132	-47,4
Tests TAG Covid-19				235	2 646	2 251	-14,9
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 272	3 344	3 469	3 572	3 671	3 754	2,3
Bilans bucco-dentaires	56	69	85	70	91	85	-6,2
Examens de santé	180	170	196	229	211	196	-7,2
Médecine scolaire	270	295	279	288	310	311	0,6
Médecine du travail	1 599	1 726	1 749	1 735	1 794	1 840	2,5
PMI - Planning familial	795	738	747	790	765	794	3,7
Prévention des risques professionnels	279	236	287	321	345	331	-4,2
Programme de suivi de populations spécifiques	93	110	126	139	154	197	28,0
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	276	251	257	253	264	297	12,2
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	34	50	50	868	765	422	-44,8
Ensemble de la prévention	5 168	5 458	5 544	8 688	17 546	12 657	-27,9

1. En 2022, 1 822 millions d'euros des tests PCR ont été effectués en ville, et le reste en établissement de santé.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Montant des dépenses annuelles de prévention

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure des dépenses de dépistage du virus du Covid-19 entre 2020 et 2022

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses des vaccins hors Covid-19 augmentent en 2022 sous l'effet des nouvelles recommandations et d'un épisode de grippe saisonnière intense

En dehors de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, les dépenses de prévention s'élèvent à 6,1 milliards d'euros en 2022. Elles augmentent de 5,3 % en

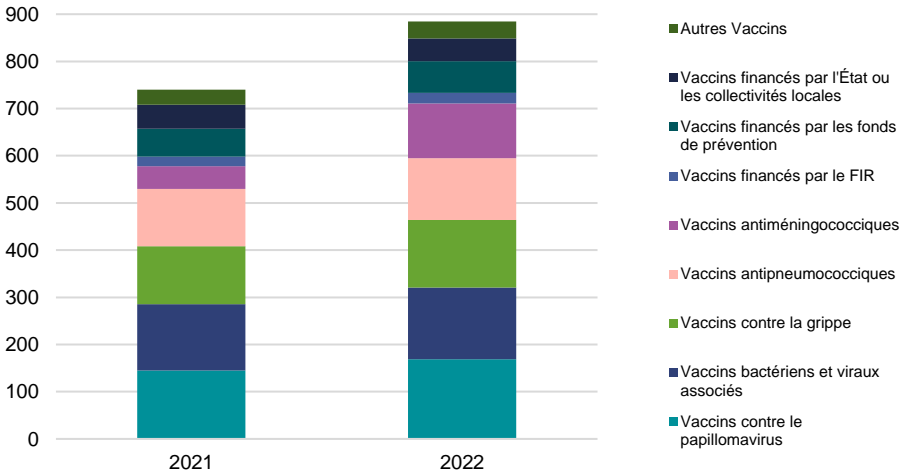
2022, après +3,3 % en 2021, un rythme de croissance supérieure à celui d'avant la crise sanitaire (+1,2 % en moyenne par an entre 2013 et 2019). Principales contributrices à cette augmentation, les dépenses de vaccins (hors Covid-19) augmentent de 19,6 % en 2022 pour s'établir à 885 millions d'euros.

L'ensemble des catégories de vaccins¹ augmente en 2022 (graphique 3). Premiers contributeurs à la hausse des vaccins hors Covid-19, les vaccins antiméningococciques sont en forte augmentation en 2022, à la suite de la nouvelle recommandation de vaccination des nourrissons, dès l'âge de 2 mois

et avant l'âge de 2 ans contre les infections à méningocoques du groupe B. La fin d'année 2022 est aussi marquée par une forte épidémie de grippe qui concerne la France entière. Les vaccins antigrippaux enregistrent une hausse de 17 % en 2022.

Graphique 3 Dépenses de vaccins (hors Covid-19) par type en 2021 et 2022

En millions d'euros



Source > DREES, comptes de la santé.

L'Assurance maladie a financé l'essentiel des dépenses de vaccination et de dépistage

La crise sanitaire modifie en profondeur la répartition par financeur des dépenses de prévention. Auparavant répartie en trois parties sensiblement égales entre l'Assurance maladie, l'État et les collectivités locales et les entreprises privées, la part prise en charge par l'Assurance maladie s'accroît fortement du fait de l'épidémie. Cette part atteint un point culminant en 2021 ; l'Assurance maladie finance alors trois quarts des dépenses de prévention (graphique 4).

En particulier, les dépenses relatives à la vaccination et au dépistage sont quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, respectivement à hauteur de 86 % et 90 % (graphique 5). Cette part reflue légèrement en 2022 avec la diminution des dépenses de crise, mais l'Assurance maladie demeure le principal financeur des dépenses de prévention (64 % en 2022).

La prise en charge par les entreprises privées au titre de la surveillance de l'état de santé s'élève à 1,8 milliard d'euros en 2022 ; elle correspond aux dépenses de médecine du travail. L'État et les collectivités territoriales sont davantage mobilisés dans le financement des dépenses de prévention d'information, d'éducation à la santé et de conseil, en particulier au titre de la médecine scolaire. Les organismes complémentaires financent, quant à eux, les tickets modérateurs des achats de vaccins en pharmacie.

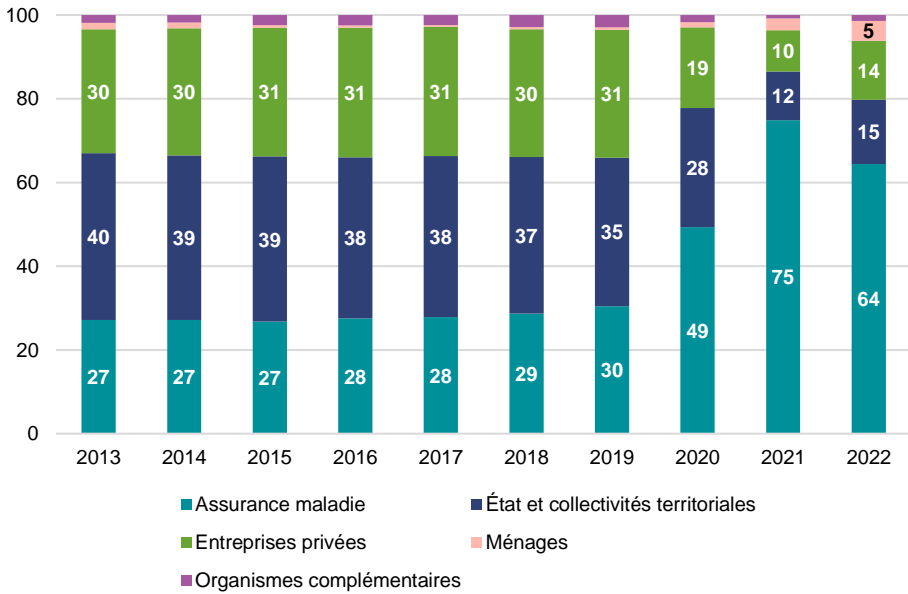
Enfin, le financement par les ménages représente, en 2022, 5 % (en hausse de 2,0 points) de la dépense de prévention, soit 0,6 milliard d'euros. Il est composé essentiellement des autotests achetés sans prescription et des tests de dépistage pour l'obtention d'un « passe sanitaire » par les personnes non vaccinées. L'Assurance maladie ne prend pas en charge ces deux types de dépistage, l'intégralité de la dépense est donc supportée par les ménages. ■

¹ Les vaccins financés par l'État, les collectivités locales, les fonds de prévention ou le FIR ne sont pas ventilés par catégorie faute de données disponibles. Seuls les vaccins financés par l'Assurance maladie sont répartis

par catégorie. Les « autres vaccins » regroupent toutes les autres catégories de vaccins financés par l'Assurance maladie (rougeole, hépatites, varicelle-zona, etc.).

Graphique 4 Répartition des dépenses de prévention par financeur

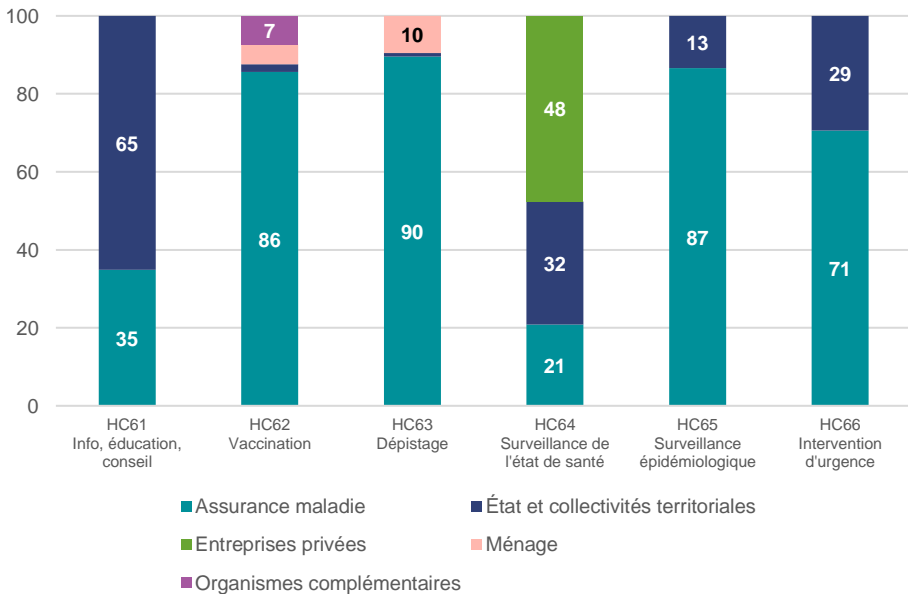
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention en 2022

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2022, les coûts de gestion du système de santé s'élevèrent à 15,7 milliards d'euros. Ils accélèrent légèrement (+1,7 %, après +1,5 % en 2021). Pour les organismes de sécurité sociale, les surcoûts induits par la crise sanitaire, ainsi que les revalorisations salariales prises dans un contexte d'inflation élevée contribuent à cette augmentation des dépenses de gouvernance. Avant la crise sanitaire, le rythme de croissance des dépenses était bien plus faible (en moyenne +0,3 % par an entre 2014 et 2019).

La crise sanitaire entraîne un rebond des coûts de gestion du système de santé par rapport aux années précédant la crise

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,7 milliards d'euros en 2022, en hausse de 1,7 % par rapport à 2021 (*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, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, 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, frais de fonctionnement de l'Oniam et ATIH.

Entre 2010 et 2014, les dépenses de gouvernance augmentent rapidement (+3,1 % par an en moyenne), portées par la croissance de celles des organismes complémentaires, qui contribuent à eux seuls à 77 % de la hausse (*graphique 1*).

Ensuite, la croissance ralentit entre 2014 et 2020 (+0,2 % en moyenne annuelle). La poursuite de la croissance des frais de gestion des organismes complémentaires (+2,0 % en moyenne annuelle) est compensée par une baisse de ceux des régimes de sécurité sociale (-1,6 % en moyenne annuelle) du fait des réductions d'effectifs sur la période.

Avec la crise sanitaire, les dépenses de gouvernance rebondissent à partir de 2021 (+1,5 % en 2021 et +1,7 % en 2022). Les frais de gouvernance des organismes de sécurité sociale repartent à la hausse, à la faveur de la signature d'un avenant à la COG 2018-2022 de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) pour prendre en compte les nouvelles dépenses liées à la crise sanitaire.

Tableau 1 Coûts de gestion du système de santé

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2021-2022 (en %)	Structure 2022 (part en %)
Régimes de sécurité sociale¹	6 899	6 937	6 882	6 609	6 554	6 591	6 728	2,1	43
Organismes Complémentaires²	6 066	7 279	7 455	7 571	7 621	7 692	7 849	2,0	50
Mutuelles	3 125	3 624	3 693	3 639	3 696	3 687	3 730	1,2	24
Entreprises d'assurance	2 153	2 609	2 716	2 905	2 947	3 045	3 122	2,5	20
Institutions de prévoyance	788	1 046	1 046	1 027	978	960	996	3,8	6
Ministère chargé de la santé³	829	811	828	819	824	950	924	-2,8	6
Opérateurs publics⁴	126	153	173	173	179	168	156	-6,8	1
Total	13 920	15 181	15 339	15 172	15 178	15 401	15 657	1,7	100

1. CNAM, MSA, régimes de base et complémentaires. La part des coûts de gestion des risques maladie et maternité affectée aux versements des indemnités journalières est exclue du calcul (*annexe 1*). Une partie des coûts de gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, car les prestations versées au titre de l'invalidité permanente n'entrent pas dans le champ de la DCSi.

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.

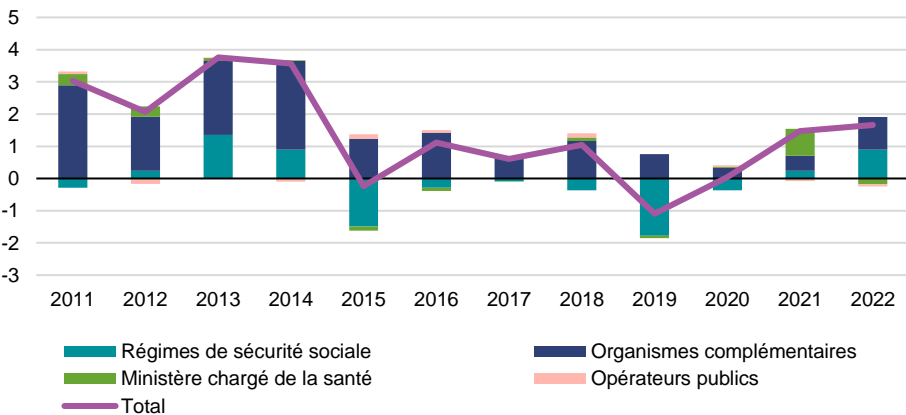
3. Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé : le budget du programme 124 (conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales), 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 et les frais de fonctionnement de l'Oniam. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM) sont comptabilisés dans les dépenses de prévention (*fiche 24*).

Sources > DREES, comptes de la santé, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, DSS, comptes de la Sécurité sociale et Direction du budget, projet de loi de finances de l'État.

Graphique 1 Évolution annuelle des dépenses de gouvernance et principales contributions à la croissance des dépenses de 2011 à 2022

En %, contributions en points de %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2022, les coûts de gestion des organismes complémentaires et des régimes de sécurité sociale sont en hausse

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 acquérir de nouveaux 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.).

En 2022, les coûts de gestion des différents régimes de sécurité sociale augmentent de nouveau (+2,1 % après +0,6 % en 2021), pour atteindre 6,7 milliards d'euros. Sur dix ans, ils demeurent quasi stables (-0,3 % par an en moyenne).

Ces coûts sont composés des charges de personnel et des autres charges de gestion courante des différents régimes ; les charges liées à la délivrance des indemnités journalières sont par convention exclues du champ. La revalorisation des salaires des personnels, prises dans un contexte d'inflation élevée, contribue vraisemblablement à la hausse des coûts de gestion de ces régimes en 2022. En octobre 2022, la valeur du point d'indice des salariés de la Sécurité sociale a notamment été revalorisée de 3,5 %.

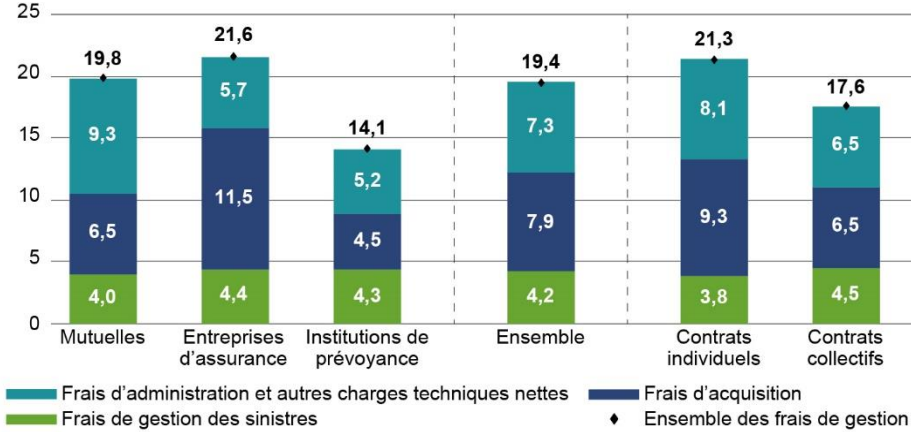
Les coûts de gestion du ministère chargé de la santé (0,9 milliard d'euros) diminuent de 2,8 % en 2022. En 2021, les dépenses de gouvernance de l'État

avaient fortement augmenté (+15,4 %) du fait d'une hausse des dotations aux ARS afin de renforcer leur capacité à suivre les contaminations de Covid-19. L'agence de santé de Wallis et Futuna avait aussi reçu, en 2021, une enveloppe exceptionnelle de l'État pour réaliser un plan d'investissement. Ces dépenses exceptionnelles n'ont pas toutes été reconduites en 2022.

Les coûts de gestion des opérateurs publics (0,2 milliard d'euros en 2022) diminuent également (-6,8 %).

Les coûts de gestion des OC poursuivent leur tendance haussière (+2,6 % par an en moyenne sur dix ans) et atteignent 7,8 milliards d'euros en 2022 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles, 3,1 milliards pour les entreprises d'assurance 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 gestion réduits (*graphique 2*), en raison des économies d'échelle permises par l'interlocuteur unique qu'est l'entreprise souscriptrice. Les institutions de prévoyance, spécialisées en contrats collectifs, présentent donc les coûts de gestion les plus faibles, en part des cotisations. *A contrario*, les entreprises d'assurance ont les coûts de gestion les plus élevés en part de leurs cotisations, du fait notamment de frais d'acquisition sensiblement plus élevés que ceux des autres organismes complémentaires. Les mutuelles ont, quant à elles, des frais d'administration plus importants. ■

Graphique 2 Coût de gestion en santé des organismes complémentaires en 2022, selon leur nature*En % des cotisations hors taxes perçues en santé*

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.

Lecture > En 2022, les frais de gestion des sinistres représentent 4,0 % des cotisations collectées en santé (frais de soins) pour les mutuelles.

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

Autres indicateurs ◀

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2022, les dépenses sur le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) s'élèvent à 247,2 milliards d'euros, dont 206,0 milliards d'euros relevant de sa composante soins de ville et établissements de santé. L'écart avec la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et la dépense courante de santé au sens international (DCSi) est imputable aux différences de champ : l'Ondam ne couvre que les dépenses de santé financées par l'Assurance maladie, tandis que la CSBM et la DCSi couvrent aussi les autres financeurs. Par ailleurs, les dépenses incluses dans les différents agrégats diffèrent. Ainsi, certaines dépenses de prévention et de soins de longue durée sont incluses dans l'Ondam, qui exclut en revanche les dépenses de gouvernance du système de santé, comptabilisées dans la DCSi.

La consommation de soins de ville et de biens médicaux (CSBM) et la dépense courante de santé au sens international (DCSi) sont deux agrégats à finalité économique visant à mesurer la valeur économique de la consommation de biens et de services dans le domaine de la santé. Ces deux grandeurs s'inscrivent dans le cadre conceptuel de la comptabilité nationale. Elles se distinguent essentiellement par le périmètre retenu pour la santé ainsi que par la classification de leurs sous-composantes.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) constitue en revanche un outil de pilotage public des dépenses en matière de santé. Il porte uniquement sur les dépenses des administrations publiques et adopte des conventions comptables qui diffèrent, dans certains cas, de celles de la CSBM et de la DCSi.

Définitions

La CSBM

La consommation de soins de ville et de biens médicaux (CSBM) est l'agrégat historique des comptes de la santé tels qu'ils sont produits en France depuis 1950. La CSBM 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, comme les soins de longue durée ou la prévention, ainsi que les dépenses de gestion et de fonctionnement du système, comptabilisées dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national (voir annexe 1).

La DCSi

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est le second agrégat calculé dans les 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 (voir annexe 1). Ce cadre international s'est mis en place progressivement au début des années 2000 avec la volonté d'harmoniser et ainsi de rendre comparable les différents comptes de la santé existant au niveau des pays membres de l'OCDE et de l'Union européenne.

L'Ondam

L'Ondam est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux. Créé par ordonnances du 24 avril 1996, il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Voté par le Parlement, l'Ondam ne constitue pas un budget mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé. Le champ de l'Ondam ne correspond pas à l'ensemble des prestations comptabilisées par les régimes obligatoires de base. Cette différence s'explique à la fois par le fait que toutes les dépenses couvertes ne constituent pas des prestations (par exemple, l'Ondam ne tient pas compte de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé) et par le fait qu'il recouvre certaines dépenses de la branche Maladie et de la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles (AT-MP) sans les prendre toutes en compte : s'agissant de la branche Maladie, la part des prestations médico-sociales financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales et les actions de prévention sont ainsi exclues du champ de l'Ondam.

L'Ondam est divisé en quatre sous-objectifs :

- les soins de ville ;
- les établissements de santé publics et privés ;
- les établissements médico-sociaux ;
- les autres prises en charge.

Comparaison de la CSBM avec l'Ondam soins de ville-établissements de santé

Les écarts entre la CSBM et l'Ondam soins de ville et établissements de santé (Ondam SDV-ES) sont de différentes natures. Tout d'abord, ces deux agrégats ne sont pas calculés sur le même champ en termes de financeur. La CSBM inclut l'ensemble des dépenses de santé quel que soit le financeur, alors que l'Ondam SDV-ES prend en compte uniquement les dépenses financées par l'Assurance maladie au titre des dépenses de base. En 2022, la CSBM compte ainsi 52,1 milliards d'euros de dépenses de santé de plus que l'Ondam, correspondant aux dépenses financées par les organismes complémentaires, l'État, les ménages, la CSS ou les régimes de Sécurité sociale sur la partie complémentaire (régime local d'Alsace-Moselle et CAMIEG) [tableau 1].

À l'inverse, la CSBM exclut certaines dépenses de prévention (vaccination et tests de dépistage) et de soins de longue durée (USLD et prise en charge de la dépendance par les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes), intégrés dans l'agrégat plus large de la DCSi. Ces dépenses dans le champ de l'Ondam SDV-ES représentent 8,1 milliards d'euros en 2022 (dont 5,1 milliards d'euros en prévention et 2,9 milliards d'euros en soins de longue durée).

De plus, l'Ondam SDV-ES inclut 17,0 milliards d'euros de dépenses en 2022 au titre des indemnités

journalières (IJ) des branches Accidents du travail-Maladies professionnelles et de la dotation versée à l'Agence nationale de développement professionnel continu (ANDPC), toutes deux hors champ de la CSBM. Du point de vue des CNS, les IJ sont un revenu de remplacement et ne sont pas considérées comme une consommation de soins ou de biens médicaux ; les dépenses de l'ANDPC sont des dépenses de formation et sont classées en dépenses d'éducation.

Par ailleurs, la CSBM inclut une partie des dépenses du fonds d'intervention régional (FIR) dans les soins de ville pour 0,3 milliard d'euros en 2022.

Enfin, il existe d'autres écarts liés à des différences méthodologiques entre les deux agrégats. La CSBM exclut les remises conventionnelles globales calculées sur l'ensemble du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (considérées comme un impôt et non comme une subvention sur produit) et se base sur les montants de remises conventionnelles transmis par les régimes (1,3 milliard d'euros d'écart entre les deux agrégats en 2022). Pour l'hôpital public, la CSBM considère qu'il s'agit d'un secteur non marchand, dont l'évaluation comptable est fondée sur les coûts de production plutôt que sur les financements perçus ; cette différence de mesure induit un écart de 1,2 milliard d'euros d'écart en 2022, qui correspond essentiellement au déficit de l'hôpital public

Tableau 1 Comparaison de la CSBM avec l'Ondam soins de ville et établissements de santé (Ondam SDV-ES)

En milliards d'euros

	2022
CSBM	235,8
Postes de la CSBM non financés par les régimes de base	-52,1
Financement par les organismes complémentaires, l'État et les ménages	-48,2
Financement par la CSS	-3,2
Financement par le régime local d'Alsace-Moselle et la Camieg	-0,7
Postes de l'Ondam SDV-ES hors CSBM comptabilisés en dépenses de prévention (DCSi)	5,1
Test Covid-19	4,2
Vaccination Covid-19	0,5
Vaccins hors Covid	0,5
Postes de l'Ondam SDV-ES hors CSBM comptabilisés en soins de longue durée (DCSi)	2,9
Prise en charge de la dépendance par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes	1,7
USLD	1,3
Postes de la CSBM hors champ de l'Ondam SDV-ES	-0,3
FIR soins de ville	-0,3
Postes de l'Ondam SDV-ES hors champ de la CSBM	17,0
Indemnités journalières	16,8
Dotations à l'ANDPC	0,2
Autres écarts méthodologiques	-2,5
Remises conventionnelles globales et écart d'évaluation sur les remises	-1,3
Écart de valorisation de l'hôpital public	-1,2
Autres écarts	0,1
Ondam soins de ville et établissements de santé	206,0

Sources > DREES, comptes de la santé ; CCSS de juin 2023.

Comparaison de la DCSi avec l'Ondam

Les écarts entre DCSi et l'Ondam sont supérieurs à ceux observés entre la CSBM et l'Ondam SDV-ES. Comme pour la CSBM, la DCSi inclut l'ensemble des financeurs des dépenses de santé. Les financements par les organismes complémentaires, l'État, les ménages, les entreprises privées, la CSS et les régimes complémentaires de sécurité sociale représentent 81,1 milliards d'euros de dépenses de santé en 2022, hors champ de l'Ondam (tableau 2).

La DCSi inclut aussi les dépenses des différents fonds de prévention gérés par des régimes, les prestations pour la prise en charge de la dépendance en établissement (ASH, APL, ALS et divers crédits d'impôts) ainsi que les dépenses de gouvernance (charges de personnel et autres charges de gestion courante des régimes). Au total, ces postes constituent 11,2 milliards d'euros de dépenses en 2022.

Sur certains postes, la DCSi ne prend en compte qu'une fraction du financement, contrairement à l'Ondam qui l'inclut dans sa totalité. C'est le cas pour les dotations aux fonds. Seules les dotations aux organismes suivants sont incluses dans la DCSi :

- la HAS, le CNG, l'ATIH et une fraction de la dotation Oniam, inclus dans les dépenses de gouvernance ;
- l'Agence de la biomédecine, l'ANSM et la dotation initiale à l'ANSP, incluses dans les dépenses de prévention ;
- la dotation exceptionnelle Covid à l'ANSP. Seules les dépenses de vaccins, de masques et des mé-

dicaments contre le Covid-19 utilisées dans l'année ont été prises en compte dans la DCSi. En particulier, cela exclut les achats stockés ou les dons à l'étranger.

Pour le FIR, seules les parties prévention et soins de ville sont retenues dans le calcul de la DCSi. Cela exclut en particulier les dépenses d'investissements ou de formation. Sur cette partie, l'Ondam inclut 6,8 milliards d'euros de dépenses supplémentaires à la DCSi.

L'Ondam inclut pour 21,3 milliards d'euros, en 2022, les postes de dépenses suivants :

- les IJ, classées en revenu de remplacement par les CNS ;
- les dotations à l'ANDPC, considérées comme une dépense de formation pour les CNS ;
- les dotations de la CNSA pour les Esat et les Ueros, qui sont hors CNS, car considérées comme des dépenses d'insertion professionnelle et non pas de santé ;
- la dette du Centre national des soins à l'étranger (CNSE) et les remboursements directs. Les soins à l'étranger sont hors champ de la DCSi, calculée sur le seul territoire national ;
- le FMIS et les plans d'investissement Ségur et hors Ségur, considérés par les CNS comme des dépenses d'investissements.

Enfin, les autres écarts méthodologiques sont les mêmes que ceux déjà décrits entre la CSBM et l'Ondam SDV-ES. ■

Tableau 2 Comparaison de la DCSi avec l'Ondam

En milliards d'euros

	2022
DCSi	313,6
Postes de la DCSi non financés par les régimes de base	-81,1
Financement par les OC, l'État, les ménages et les entreprises privées	-77,3
Financement CSS	-3,2
Financement par le régime local d'Alsace-Moselle et la Camieg	-0,7
Postes de la DCSi hors champ de l'Ondam	-11,2
FNPEIS, FNPEISA et autres dépenses de prévention financées par les régimes ou les opérateurs	-0,8
Prestations versées au titre de la dépendance (ASH, APL, ALS, réduction et crédit d'impôt)	-3,8
Dépenses de gouvernance hors dotation HAS, CNG, ATIH, Anap et frais de fonctionnement Oniam	-6,6
Postes de l'Ondam partiellement dans le champ de la DCSi	6,8
FISS et autres dotations aux fonds non repris dans la DCSi	0,7
Fraction de la dotation exceptionnelle à l'ANSP non reprise dans la DCSi	2,6
Fraction du FIR non repris dans la DCSi	3,6
Postes de l'Ondam hors champ de la DCSi	21,3
Indemnités journalières	16,8
Dotations à l'ANDPC	0,2
Dotation CNSA pour les Esat et les Ueros (établissement d'insertion par le travail)	2,0
Dette CNSE et remboursements directs	0,7
FMIS	1,0
Plan d'aide à l'investissement Ségur et hors Ségur	0,6
Autres écarts méthodologiques	-2,2
Remises conventionnelles globales et écart d'évaluation des remises	-1,3
Écart de valorisation de l'hôpital public	-1,2
Autres écarts	0,3
Ondam	247,2

Sources > DREES, comptes de la santé ; CCSS de juin 2023.

Les indemnités journalières (IJ) versées par les régimes de base s'élèvent à 20,9 milliards d'euros en 2022. En 2020, ces dépenses ont fortement augmenté (+20,0 %), du fait de l'élargissement du champ des indemnités aux personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle en raison des restrictions sanitaires. Après avoir baissé en 2021 (-2,3 %), les IJ repartent à la hausse en 2022 (+11,8 %). Ce fort rebond provient notamment des indemnités Covid-19, dans le contexte de la cinquième vague (variant Omicron).

Les organismes complémentaires (OC) versent, en outre, 6,6 milliards de compléments d'indemnités journalières en 2022, soit 3,4 % de plus qu'en 2021.

Les indemnités journalières (IJ) comptabilisées ici recouvrent celles versées au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité (y compris congés paternité et congés de naissance), d'une part par les régimes de base d'assurance sociale (hors fonction publique¹), et d'autre part par les organismes complémentaires. Les IJ sont un revenu de remplacement et ne correspondent pas à une dépense de santé. C'est pourquoi ils sont hors champ des agrégats des comptes de la santé – centrés sur la consommation de biens et services. En revanche, les IJ constituent une composante importante des dépenses du système de santé et font partie – pour ce qui concerne leur part dédiée au risque maladie – de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Une accélération des indemnités journalières durant la crise sanitaire

En 2022, les IJ s'élèvent à 20,9 milliards d'euros (*tableau 1*).

Dans les années précédant la crise sanitaire, les IJ sont relativement dynamiques (+3,4 % en moyenne par an entre 2013 à 2019) malgré une inflation limitée sur la période (+0,7 % en moyenne par an). Elles accélèrent en 2020, sous l'effet de l'épidémie de Covid-19 : ces dépenses augmentent en effet de 9,4 % en moyenne entre 2019 et 2022. En 2020, elles ont bondi en raison de la crise sanitaire (+20,0 %) ; elles se sont légèrement repliées en 2021 (-2,3 %), tout en restant à un niveau bien supérieur à celui d'avant crise. En 2022, les IJ repartent à la hausse (+11,8 %), portées avant tout par les indemnités pour maladie (+16,7 %). Même hors indemnités Covid-19, elles augmentent nettement en 2022 (+7,7 %).

En 2022, les IJ maladie représentent plus de la moitié (61 %) des dépenses d'IJ ; les IJ pour accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) en représentent 21 % et celles pour maternité 18 %.

L'augmentation importante des dépenses d'IJ durant la crise sanitaire s'explique essentiellement par les indemnités maladie dont le champ a été élargi à cette occasion. Afin de couvrir les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle (parents d'enfants sans mode de garde et ne pouvant télétravailler), un nouveau type d'indemnités journalières a été mis en place temporairement (jusqu'à fin avril 2020) avant la généralisation du chômage partiel. D'autres IJ dérogatoires ont également été versées (jusqu'au 31 mars 2023) aux assurés considérés particulièrement à risque ou vivant avec des personnes vulnérables ainsi qu'aux cas contacts suivant des règles ayant évolué durant la crise. Le versement des IJ a par ailleurs été étendu aux professionnels libéraux (autres que les artisans, les commerçants et les exploitants agricoles) qui ne bénéficiaient pas d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie avant la crise². Enfin, l'ensemble des assurés ont bénéficié d'une exonération des jours de carence (jusqu'au 1^{er} avril 2023).

Les indemnités journalières liées au Covid-19 ont représenté 2,4 milliards d'euros en 2020, 0,9 milliard en 2021 et 1,8 milliard en 2022. Ce rebond des dépenses est dû à la cinquième vague épidémique liée à l'apparition du variant Omicron et, dans une moindre mesure, aux sixième et septième vagues au printemps et à l'été 2022, qui ont engendré un grand nombre d'arrêts maladie.

¹ Dans la fonction publique, l'employeur maintient directement le salaire de l'agent, sans que cette dépense ne soit identifiée spécifiquement.

² Un régime dérogatoire a, dans un premier temps, été accordé aux professions libérales médicales. Il a ensuite été pérennisé en juillet 2021 et élargi à l'ensemble des professions libérales (à l'exception des avocats) qui bé-

néficient désormais d'IJ maladie en cas d'arrêt de travail. Le coût de cet élargissement est estimé à un peu moins de 200 millions d'euros. Par ailleurs, un régime dérogatoire a été accordé pour le calcul des IJ pour les indépendants (neutralisation des revenus 2020). Ces mesures contribuent au maintien des dépenses d'IJ à un niveau élevé en 2021 et en 2022.

Ces indemnités Covid-19 constituent le principal contributeur à l'évolution des IJ pour les années 2020 à 2022, marquées par la crise sanitaire (*graphique 1*). Corrigés des indemnités liées au Covid-19, les IJ maladie ont augmenté à un rythme plus élevé durant la crise sanitaire qu'avant l'épidémie de Covid-19 (+7,1 % en moyenne par entre 2019 et 2022 contre +4,0 % entre 2013 et 2019) [*graphique 2*].

Les deux autres composantes des IJ (AT-MP et maternité) ont également fortement augmenté durant la crise sanitaire. Entre 2019 et 2022, les indemnités pour accidents du travail et maladies professionnelles ont augmenté de 5,8 % en moyenne (contre +4,2 % entre 2012 et 2019) et les IJ maternité de +4,1 % (contre +0,4 %).

Sur longue période, la dynamique des IJ, maladie en particulier, est liée à plusieurs facteurs :

- l'évolution des salaires, qui servent de base au calcul des IJ ; à cet égard, le regain d'inflation enregistré en 2022, qui a induit des revalorisations du smic, a contribué à l'accélération des IJ en valeur ;
- l'évolution de l'emploi privé, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ ;
- un effet de structure démographique lié au vieillissement de la population. La population active vieillit, et les actifs les plus âgés ont des arrêts plus longs compte tenu d'une dégradation tendancielle de l'état de santé avec l'âge. Bénéficiaire de revenus plus élevés en moyenne, les IJ qu'ils perçoivent sont également plus élevés. Le vieillissement de la population active est accentué par les réformes des retraites ;
- la précarité de l'emploi, associée à un moindre recours aux IJ.

Tableau 1 Indemnités journalières versées par les régimes de base

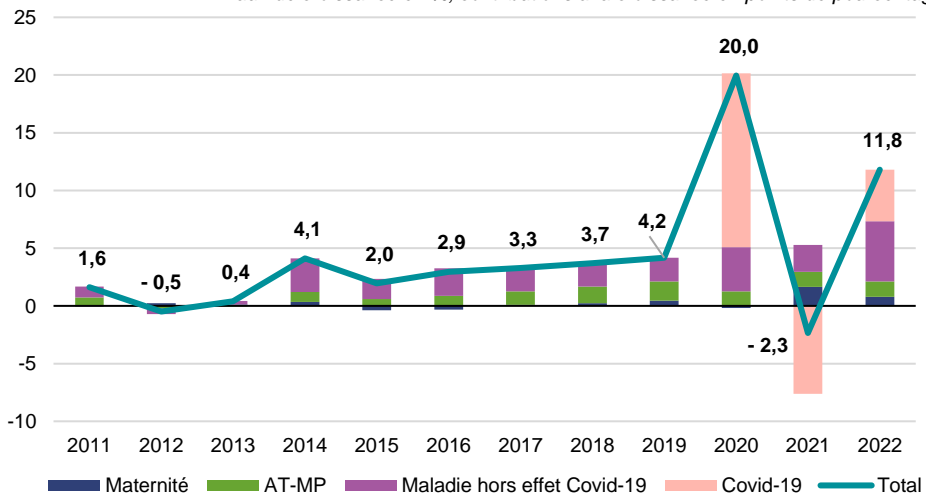
En milliards d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Maladie	6,9	8,2	8,5	8,8	11,8	10,8	12,6
<i>dont indemnités Covid-19</i>					2,4	0,9	1,8
Accidents du travail - maladies professionnelles	2,8	3,3	3,5	3,8	3,9	4,2	4,4
Maternité	3,3	3,2	3,3	3,4	3,3	3,6	3,8
Ensemble	13,0	14,7	15,3	15,9	19,1	18,7	20,9
<i>Évolution (en %)</i>		3,3	3,7	4,2	20,0	-2,3	11,8

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des indemnités journalières des régimes de base et contributions à sa croissance

Taux de croissance en %, contributions à la croissance en points de pourcentage

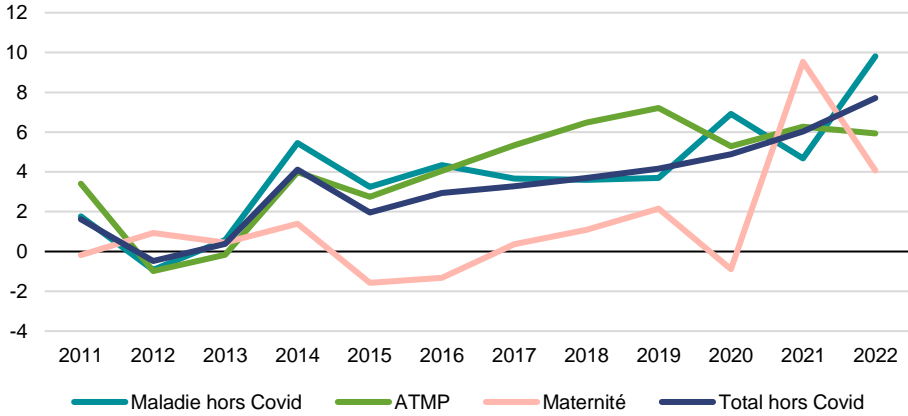


Champ > France métropolitaine, risques maladie et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), assurés du régime général.

Sources > CNAM, DSS ; calculs DREES.

Graphique 2 Évolution des indemnités journalières hors indemnités Covid-19

En %



Champ > France métropolitaine, assurés du régime général.
Sources > CNAM, DSS ; calculs DREES.

Près de 6,6 milliards de compléments d'indemnités journalières versés en 2022

Les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance – versent 6,6 milliards d'euros de compléments d'indemnités journalières en 2022, soit 3,4 % de plus qu'en 2021 (tableau 2).

Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux, les mutuelles sont le premier acteur parmi les organismes complémentaires ; pour les IJ, elles représentent toutefois moins de 10 % des versements des OC, tandis que les entreprises d'assurance versent 57 % du montant. Cette structure de financement par famille d'OC est globalement stable depuis 2012. ■

Tableau 2 Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires

En milliards d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Mutuelles	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
Entreprises d'assurance	3,1	3,0	3,1	3,3	3,7	3,5	3,7
Institutions de prévoyance	1,6	1,8	2,0	1,9	2,1	2,2	2,2
Ensemble	5,1	5,2	5,6	5,7	6,4	6,3	6,6
Évolution (en %)		3,0	6,8	1,9	12,1	-0,5	3,4

Champ > Organismes complémentaires contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Igas, IGF** (2017, juillet). *Revue des dépenses : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières.*
- > **Cour des comptes** (2019). Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail. Dans *Rapport sur la Sécurité sociale*, chapitre III.
- > **Cour des comptes** (2023). Les dépenses de congés de maternité et de paternité : des droits élargis, des progrès de gestion nécessaires. Dans *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VI.
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2023). Prestations en espèce : Les indemnités journalières. Dans *Propositions de l'Assurance maladie pour 2024*, chapitre 10.



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé
au sens international

Autres indicateurs

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2021 et 2022, sous l'effet de la pandémie de Covid-19 et de l'inflation, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en valeur augmente dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. Relativement au PIB, elle diminue du fait du rebond de l'activité économique en 2021 et de l'inflation en 2022.

En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent 18,2 % de leur PIB à la DCSi en 2022, contre 11,9 % en France. En corrigeant des différences de pouvoir d'achat pour la santé, les DCSi française et américaine s'élèvent à 4 650 et 6 780 euros par habitant en 2022, chaque euro correspondant à un « euro français ».

Les soins courants, portés majoritairement par l'hôpital, représentent la moitié de la dépense de santé en moyenne. Les biens médicaux contribuent à une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches.

Le System of Health Accounts (SHA) prévoit un cadre harmonisé de présentation des statistiques sur les dépenses de santé, de façon à assurer la comparabilité entre pays. Son agrégat central est la dépense courante de santé au sens international (DCSi), déclinée par fonctions de dépense, prestataires et financeurs. La DCSi 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 ; en effet, la DCSi comprend également les dépenses de prévention, les soins de longue durée et les dépenses de gouvernance. Le SHA est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [annexe 1].

La tendance à la hausse de la DCSi se poursuit en 2022

En 2022, les dépenses de santé augmentent en valeur...

Entre 2020 et 2021, sous l'effet de la crise sanitaire, la DCSi en valeur augmente dans la totalité des pays ayant communiqué des données à l'OCDE (*graphique 1*) : de +2,5 % aux États-Unis à +38,5 % en Lettonie (contre +9,9 % en France).

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la hausse de la DCSi entre 2020 et 2021 est bien supérieure aux tendances observées avant la crise sanitaire. La DCSi en prix courants avait pourtant augmenté de façon structurelle entre 2010 et 2019 dans la totalité

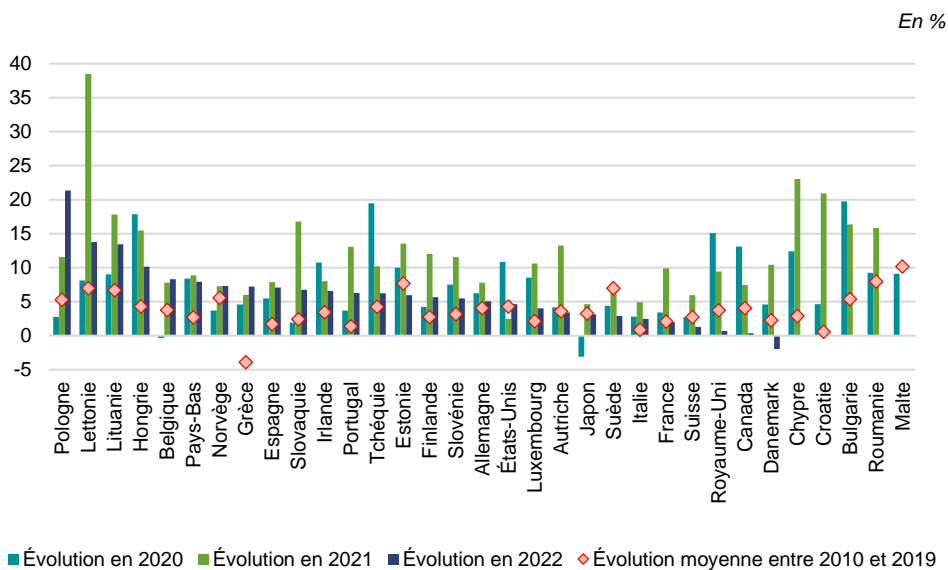
des pays considérés, sauf en Grèce (-3,9 % par an en moyenne).

En 2022, la DCSi croît dans tous les pays étudiés, sauf au Danemark (où elle baisse de 2,0 %). Parmi les pays de l'UE-14, c'est en Belgique que la DCSi augmente le plus en 2022 (+8,3 %), devant l'Allemagne (+5,0 %), la France (+2,0 %) et le Royaume-Uni (+0,7 %).

Si les dépenses de prévention ont chuté en 2022 dans la majorité des pays avec le reflux progressif de l'épidémie de Covid-19, les autres composantes de la DCSi croissent à un rythme plus élevé que celui observé avant la crise (en raison notamment de la poursuite de la hausse des rémunérations des personnels hospitaliers, de l'introduction de médicaments innovants et de la reprise des soins courants). En parallèle, l'inflation et l'augmentation des prix de l'énergie pèsent sur les charges fixes en 2022 et tirent à la hausse les dépenses de santé, notamment dans les hôpitaux.

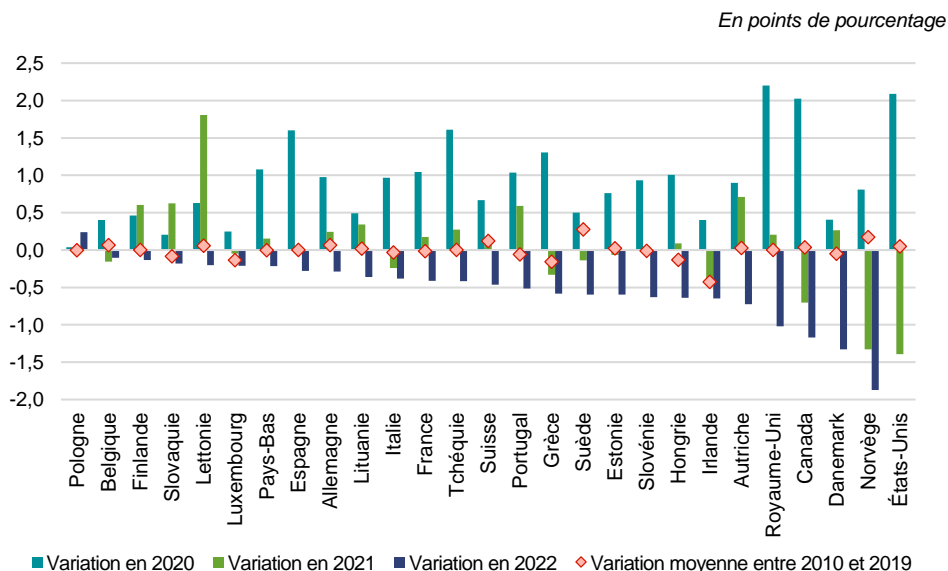
... mais diminuent relativement au PIB, du fait de la croissance économique et de l'inflation

Relativement au produit intérieur brut (PIB), la DCSi augmente dans tous les pays considérés en 2020 (de +0,03 point de pourcentage [pp] au Japon à +2,2 pp au Royaume-Uni), avant de diminuer dans une majorité de pays en 2021 (DREES, 2022), en raison notamment du rebond de l'activité économique. Cette baisse se poursuit dans la totalité des pays en 2022, à l'exception de la Pologne (+0,2 pp), du fait de la croissance économique et de l'inflation (*graphique 2*).

Graphique 1 Évolution de la DCSi en valeur

Lecture > En France, la DCSi en valeur augmente de 9,9 % en 2021 et de 2,0 % en 2022. Elle avait augmenté en moyenne de 2,1 % par an entre 2010 et 2019.

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

Lecture > En France, la DCSi a augmenté de 1,0 pp en 2020 et de 0,2 pp en 2021, avant de diminuer de 0,4 pp en 2022.

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

Les États-Unis dépensent environ 50 % de plus par habitant que la France

L'Allemagne et les États-Unis consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

Avec une DCSi représentant 18,2 % de leur PIB en 2022, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 3*). Plus de 5 points derrière, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,6 % de son PIB pour la santé, juste devant la France (11,9 %) et l'Autriche (11,4 %). En 2021 (dernière année pour laquelle les données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE), les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 11,0 % de leur PIB aux dépenses de santé. Néanmoins, les anciens États membres dépensent un peu plus que les États membres plus récents : les pays de l'UE-14 (*voir glossaire*) y allouent en moyenne 11,4 % de leur PIB, contre 7,5 % pour les 13 nouveaux membres ayant rejoint l'UE après 2004 (NM-13) [*voir glossaire*].

Par tête, et en corrigeant des différences de pouvoir d'achat, les dépenses demeurent les plus élevées en Allemagne au sein de l'UE

Rapporter les dépenses de santé (mesurées par la DCSi) au nombre d'habitants néglige un facteur important d'écart : les différences de coûts des services de santé entre pays. Les parités de pouvoir d'achat en santé (PPA santé) [*voir glossaire*] permettent de corriger cela : elles sont fondées 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, et permettent donc d'ajuster les dépenses de santé par les prix. En pratique, on utilise les estimations de PPA santé pour rapporter les dépenses moyennes par individu à des dépenses « en euros en France », ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France.

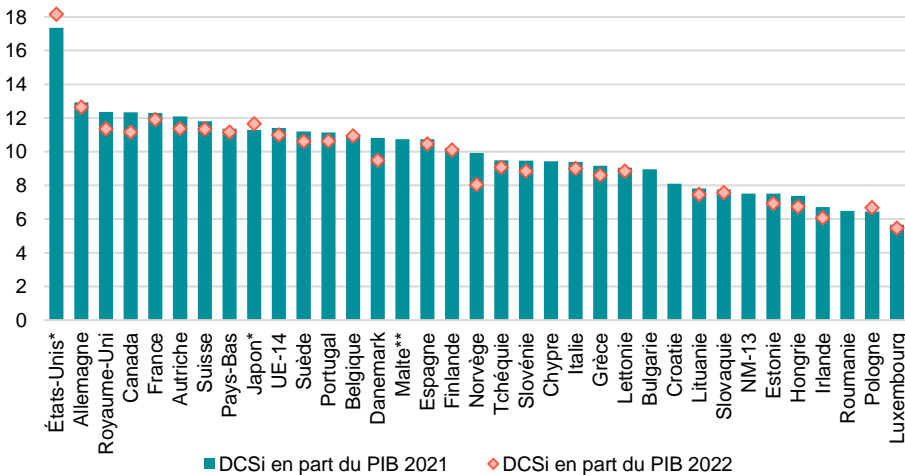
Parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi par tête est la plus élevée : en 2022, elle atteint 6 780 euros en PPA santé par habitant (*graphique 4*). Ce montant est presque 50 % supérieur à la dépense moyenne en France : 4 650 euros en PPA santé par habitant en 2022.

En moyenne, en 2021, les pays de l'UE-14 et les NM-13 consacrent respectivement 3 860 euros PPA et 2 860 euros PPA par habitant.

L'Allemagne, où les prix des biens et services de santé sont comparables à ceux de la France (*encadré*) est, quant à elle, le premier pays de l'UE-27 en termes de DCSi par habitant en PPA santé, avec 5 710 euros PPA par habitant en 2022. La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, rétrograde au 12^e rang pour ce qui est de la DCSi en euros PPA santé en 2022, traduisant un effet prix pour ce pays (4 030 euros PPA). À l'inverse, la Tchèque, pays de l'échantillon où les prix de santé sont parmi les plus faibles d'Europe, remonte au 3^e rang, en 2022, juste derrière l'Allemagne (avec 5 160 euros PPA).

Graphique 3 DCSi en % du PIB en 2022 et 2021

En % du PIB



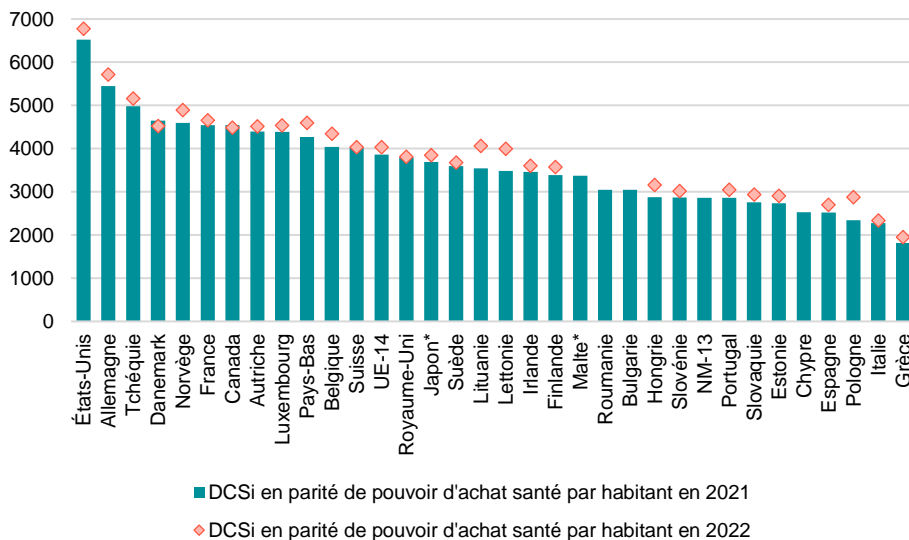
* PIB pour l'année 2021 et non 2022 ; ** Données 2020.

Lecture > En France, la DCSi représente 12,3 % du PIB en 2021 et 11,9 % du PIB en 2022.

Sources > 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 parité de pouvoir d'achat en 2022 et 2021

En euros en parité de pouvoir d'achat santé (PPA santé) par habitant, France = 1



* Données 2020.

Lecture > En France, la DCSi représente 4 550 euros PPA santé par habitant en 2021 et 4 650 en 2022.**Sources** > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).**Des dépenses de santé concentrées dans les soins hospitaliers et de ville**

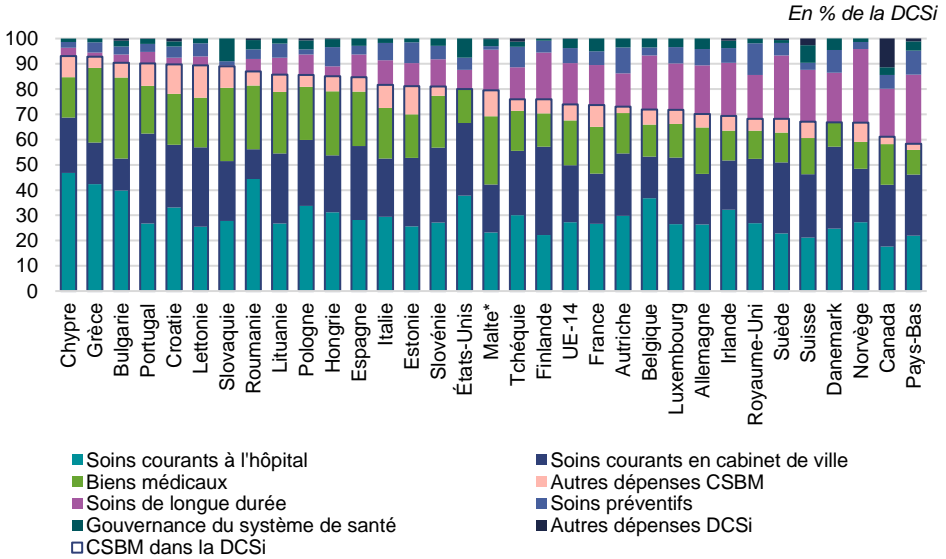
La structure de la DCSi selon la fonction de la dépense varie considérablement d'un pays à l'autre. Les soins courants constituent toutefois le principal poste de dépense dans la totalité des pays étudiés. Aux États-Unis, en 2021, ils représentent 67 % de la DCSi, dont 38 % pour les soins hospitaliers et 29 % pour les soins en cabinet de ville (*graphique 5*).

Dans les pays de l'UE-14, les soins courants représentent en moyenne 50 % de la DCSi. Les dépenses consacrées aux soins de ville sont élevées au Portugal (36 %) et en Finlande (35 %). À l'inverse, la France y consacre une plus faible part de sa DCSi (20 %), au profit des soins à l'hôpital (27 %) [*fiche 34*].

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et appareils médicaux) forment la deuxième grande catégorie des 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 22 % de la DCSi en moyenne dans les NM-13, contre 18 % dans les pays de l'UE-14. 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 et pour les NM-13 une plus forte proportion de leur DCSi (*fiche 35*).

La somme des soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville et à domicile), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [*voir annexe 1 et glossaire*], la CSBM étant l'agrégat central des comptes de la santé en France. Elle caractérise les dépenses qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, par opposition aux soins de longue durée ou à la prévention. En 2021, les pays étudiés consacrent de 58 % (Pays-Bas) à 93 % (Chypre et Grèce) de la DCSi à la CSBM. En France en 2021, la CSBM constitue 74 % de la DCSi ; cette part est légèrement supérieure à celle de l'Allemagne (70 %), où les dépenses de soins préventifs sont un peu plus élevées en 2021.

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 pourquoi la part de la CSBM dans la DCSi est plus élevée au sein des NM-13 (85 %) qu'en moyenne dans les pays de l'UE-14 (74 %). La Suède, la Norvège et les Pays-Bas consacrent ainsi plus de 25 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée en 2021 ; à l'inverse, les soins de longue durée représentent moins de 5 % de la DCSi à Chypre, en Grèce, en Bulgarie, au Portugal, en Croatie, en Lettonie et en Hongrie. En France, ces dépenses représentent 16 % de la DCSi (*fiche 36*). ■

Graphique 5 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2021

* Données 2020.

Note > Les autres dépenses CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile. Les autres dépenses DCSi correspondent aux dépenses non classées ailleurs. La CSBM 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.

Lecture > En France, en 2021, la DCSi se distribue comme suit : 27 % pour les soins courants à l'hôpital, 20 % pour les soins en cabinet de ville, 19 % pour les biens médicaux, 9 % pour les autres dépenses de la CSBM (soins auxiliaires et soins courants à domicile), pour une CSBM totale de 74 % de la DCSi. Le reste se partage à 16 % pour les soins de longue durée, 5 % pour les soins préventifs et 5 % pour la gouvernance du système de santé.

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 selon le 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 consommés par les individus. C'est pour tenir compte de cette décomposition que l'on utilise les indices de niveaux de prix (*price level indices* en anglais), qui indiquent le ratio des prix d'un même panier de produits et services dans différents pays.

Sur le graphique ci-dessous, trois indices de prix sont présentés : la consommation individuelle effective (qui correspond à l'ensemble des biens et services acquis par les ménages), la santé (qui correspond à l'ensemble des biens et services de santé acquis par les ménages et comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant) et les services hospitaliers. Ces indices permettent d'ajuster les dépenses concernées par les prix, pour apprécier les différences de volume des produits et services consommés.

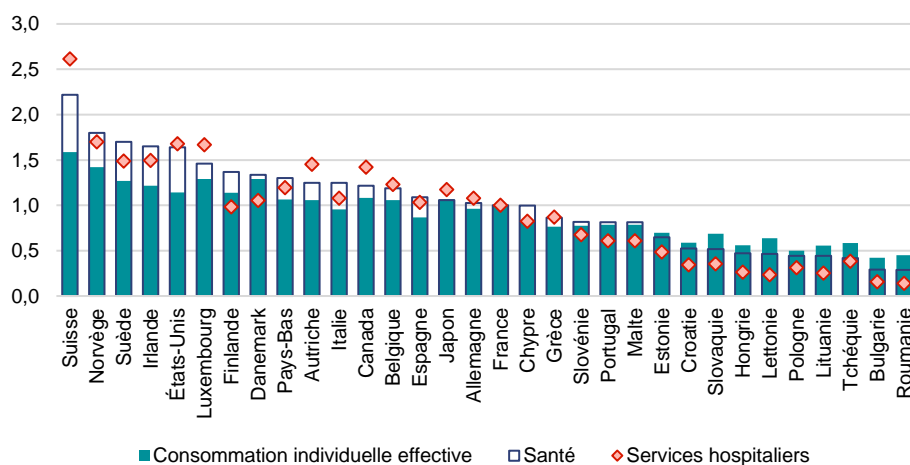
Les niveaux de prix varient considérablement selon le pays. En règle générale, plus le PIB par habitant est élevé, plus les prix pratiqués seront élevés. Les prix des biens durables (par exemple, les voitures), varient moins que les prix des services (par exemple, l'éducation ou la santé), ces biens étant soumis à la concurrence internationale ce qui réduit les écarts de prix ; les services, en revanche, sont généralement achetés localement. Les niveaux de salaires étant supérieurs dans les pays les plus développés, les prix des services y seront aussi plus élevés.

Les variations inter pays 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, en utilisant la France comme pays de référence (base 1), et alors que les niveaux de prix liés à la consommation individuelle effective en Suisse sont de 1,59, ceux liés aux biens

et services de santé et aux services hospitaliers sont respectivement de 2,22 et de 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 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. La méthodologie de la PPA santé ne tient donc pas compte d'une éventuelle hausse des prix des produits de santé, entre 2017 et 2022, en lien avec la crise sanitaire du Covid-19. 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



Note > Les niveaux de prix sont mesurés par les services en charge de la comptabilité nationale des instituts nationaux statistiques. Pour les services hospitaliers, une enquête triennale est réalisée avant d'analyser la structure des prix. La dernière enquête en date diffusée date de 2017. Pour plus d'informations, voir Eurostat et OCDE (2012). Les niveaux de prix correspondent à : PPA (parités de pouvoir d'achat) x taux de change. Plus précisément, ils ont été calculés à partir d'une base de l'OCDE indiquant les PPA 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).

Lecture > Aux États-Unis, en 2017, les niveaux des prix dans le secteur de la santé, avec la France comme pays de référence, s'élèvent à 1,64. Cela signifie que, pour un panier de biens et services de santé similaire, les prix pratiqués aux États-Unis sont 64 % supérieurs à ceux pratiqués en France.

Source > OCDE, Statistiques sur le pouvoir d'achat et les taux de change (2022).

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (dir.)** (2022). *Les dépenses de santé en 2021 – Édition 2022. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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 : Éditions OCDE.

La structure de financement des dépenses de santé entre systèmes d'assurance maladie, systèmes libéraux de santé et systèmes nationaux de santé varie entre pays. Dans les systèmes d'assurance maladie, comme en France, les assurances obligatoires publiques financent la majeure partie des dépenses ; dans les systèmes nationaux de santé, l'État est le premier financeur. Enfin, les systèmes libéraux de santé se caractérisent par un financement important des assurances privées. Depuis une dizaine d'années, la part des assurances privées obligatoires a augmenté en Allemagne et en France, où une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Les États-Unis connaissent des évolutions comparables depuis la mise en place de l'Obamacare.

La crise sanitaire a légèrement modifié la structure de financement de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) vers moins de paiements directs des ménages, une moindre participation des régimes privés volontaires et plus d'interventions publiques.

Enfin, le poids des dépenses de gouvernance dépend du système de santé : en moyenne, elles sont plus faibles pour les systèmes nationaux de santé, intermédiaires pour les systèmes d'assurance maladie et plus élevées pour les systèmes libéraux.

Système national de santé, système d'assurance maladie ou système libéral : trois approches du financement des soins

Dans la totalité des pays étudiés, les régimes publics et privés obligatoires représentent plus de la moitié des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi), le reste étant constitué principalement du reste à charge (RAC) des ménages et des assurances privées facultatives (*graphique 1*).

Trois approches de financement de ces régimes obligatoires dominent dans les pays de l'OCDE : les systèmes d'assurance maladie, les systèmes libéraux de santé et les systèmes nationaux de santé.

Systèmes d'assurance maladie

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques de sécurité sociale, les prestations maladies sont versées en contrepartie de cotisations, en général assises sur les revenus d'activité, et l'affiliation est obligatoire. Les dépenses de santé sont dès lors remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics. 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.

Au Luxembourg, en Croatie, en France, en Tchéquie ou en Slovaquie, plus de 70 % de l'ensemble de la DCSi est financée par l'assurance maladie en 2021 (respectivement 77 %, 76 %, 74 %, 71 % et 70 %). La France complète cette couverture par des dispositifs d'assurance maladie privés, devenus obligatoires en 2016, dans certaines conditions d'emploi (voir *infra* ; 6 % de la DCSi). L'État finance égale-

ment une partie des dépenses de santé des personnes les plus modestes de manière à garantir l'universalité de la couverture santé (4 %).

De manière générale, dans les systèmes d'assurance maladie, l'assurance privée volontaire joue un rôle mineur (au sens où elle finance moins de 10 % des dépenses de santé), à l'exception de la Slovaquie où elle représente 13 % de la DCSi.

Systèmes libéraux de santé

Certains pays comme la Suisse et les Pays-Bas disposent d'un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des assureurs privés mis en concurrence. Dans ces deux pays, les assurances privées obligatoires financent respectivement 36 % et 50 % de la DCSi.

L'État intervient toutefois pour pallier les défaillances du marché et pour garantir un haut niveau de solidarité. Il définit ainsi 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, il impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Des disparités subsistent toutefois en ces deux pays : si aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur en fonction du revenu du salarié, ce 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. Les plus modestes sont couverts par des assurances publiques : Medicaid ou le Children's Health Insurance Program pour les plus jeunes et Medicare pour les personnes âgées. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies – devenues obligatoires – restent toutefois largement privées : dans ce pays, 30 % de la DCSi est financée par les assurances privées obligatoires en 2021.

Systèmes nationaux de santé

Dans les pays du nord de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un système national de santé financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales et locales sont responsables du financement du système de santé et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé engagées. Les résidents de ces pays sont automatiquement couverts par le système national de santé, mais le parcours de soins y est très encadré : les soins primaires sont souvent dispensés dans des centres

publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation¹. Une offre de soins privée peut toutefois se développer en marge de l'offre publique, mais les patients qui souhaitent y avoir recours supportent le coût total des traitements et des soins reçus.

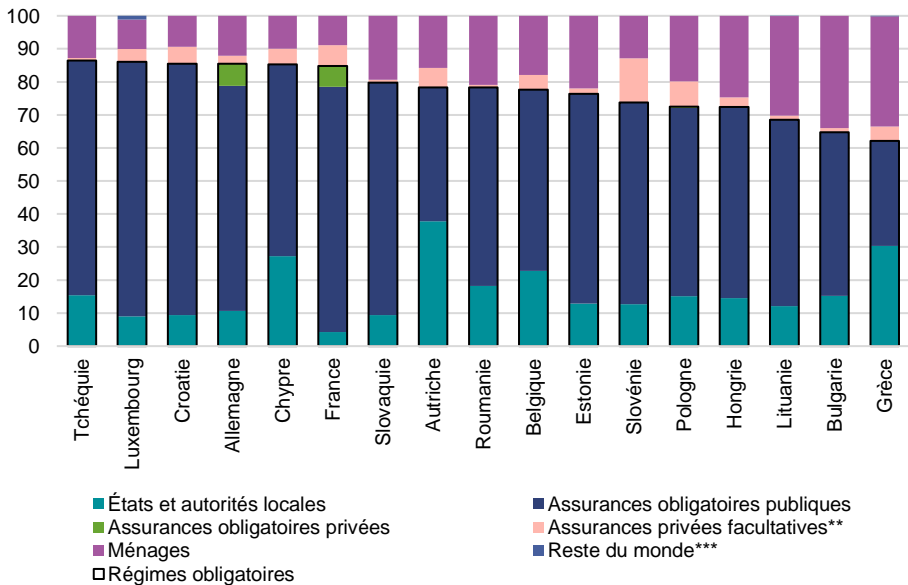
Dans les pays avec un système national de santé, l'État est le premier financeur des dépenses de santé : en Suède, au Danemark et au Royaume-Uni, l'État prend ainsi en charge plus de 80 % de ces dépenses (respectivement 86 %, 85 % et 83 %).

Si des pays comme l'Italie, l'Espagne et le Portugal ont également un système majoritairement financé par l'État (respectivement 75 %, 68 % et 61 %), la part des dépenses de santé restant à la charge de ménages est en augmentation depuis la crise économique de 2008 et représente plus de 20 % des dépenses de santé en 2021 (respectivement 22 %, 21 % et 29 %). Cette augmentation résulte probablement des politiques budgétaires mises en place après la crise, notamment de l'instauration ou de l'augmentation des tickets modérateurs² ainsi que du relèvement des seuils de remboursement (OCDE, 2021).

Graphique 1 Financement de la DCSi en 2021

Systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques

En % de la DCSi

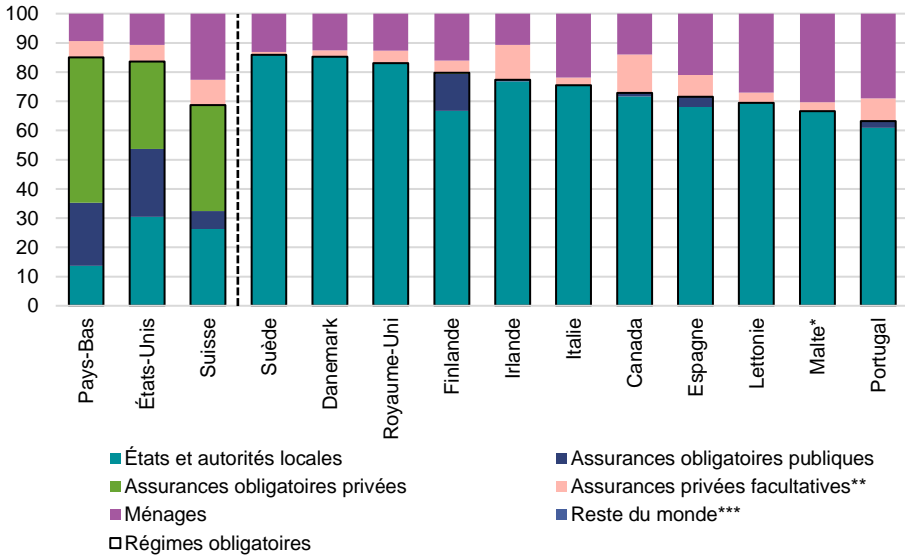


¹ La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

² Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge des ménages une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.

Systèmes libéraux de santé (à gauche) et systèmes nationaux de santé (à droite)

En % de la DCSi



* Données 2020 ; ** et autres dispositifs facultatifs ; *** le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Elle concerne majoritairement le Luxembourg (1 % de la DCSi), et la Lituanie et la Grèce dans une moindre mesure (moins de 1 % de la DCSi).

Note > Le Système international des comptes de la santé (SHA) distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.

Lecture > En France, en 2021, la DCSi est financée à 4 % par l'État et les autorités locales, à 74 % par les assurances obligatoires publiques, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 6 % par les assurances privées facultatives et à 9 % par les ménages.

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

En France, en Allemagne et aux États-Unis, des réformes du système de santé ont accru la part des assureurs privés obligatoires dans le financement des soins

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué vers plus d'intervention des assureurs privés obligatoires en France, en Allemagne et aux États-Unis, du fait de réformes du système de santé (graphique 2).

En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Ainsi, en Allemagne, certains travailleurs, dont les indépendants et les fonctionnaires, 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 devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé. Pour ces deux pays, la part des dépenses de santé financée par l'assurance privée obligatoire est ainsi passée de 0 % de la DCSi en 2006 à respectivement 7,1 % et 6,8 % en 2019 (elle a un peu baissé depuis, avec la crise sanitaire, pour s'établir respectivement à 6,6 % et 6,3 % en 2021).

Aux États-Unis, la part des soins financée par l'assurance privée facultative a baissé d'environ

34 points de pourcentage (pp) entre 2006 et 2019 (de 40,2 % en 2006 à 6,0 % en 2019), sous l'effet de l'Affordable Care Act (ACA), et au profit de l'assurance privée obligatoire (32,5 % en 2019). En 2020, après la suppression des pénalités au niveau fédéral de l'ACA, la part des assurances privées obligatoires a légèrement baissé (pour atteindre 29,9 % en 2021) ; de nombreux États ont néanmoins voté des lois restaurant l'obligation de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA.

Baisse du financement des assurances privées facultatives et des ménages durant la crise sanitaire

Assurances privées facultatives

Les assureurs privés proposent des assurances facultatives, notamment pour les soins qui ne sont pas pris en charge par la couverture de base (dentaire, optique, par exemple).

En France, l'assurance privée facultative est principalement complémentaire : elle intervient sur l'ensemble du panier de base puisque, pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré. Elle peut toutefois intervenir de manière marginale à titre supplémentaire (pour des prestations

de confort à l'hôpital ou à la périphérie du système de soins).

En Suisse et aux Pays-Bas, elle n'intervient qu'à titre complémentaire, pour couvrir les dépenses de santé hors du panier de base. Enfin, au Royaume-Uni, elle intervient principalement pour couvrir les dépenses engagées auprès des fournisseurs de soins privés et, dans une moindre mesure, à titre complémentaire pour certains soins (dentaire, optique).

De manière générale, entre 2006 et 2019, on observe une augmentation de la part des dépenses de santé financée par des assurances privées facultatives dans les pays ayant mis en place un système national de santé (de 0,9 % à 2,8 % en Italie, de 6,9 % à 7,6 % en Espagne, de 3,9 % à 4,7 % en Finlande) [graphique 2].

Dans l'ensemble des pays étudiés, la part des assurances privées facultatives a diminué durant la crise sanitaire, dans des proportions très variables entre pays, ce indépendamment du système de santé. Aux Pays-Bas, par exemple, la part des assurances privées facultatives a baissé de 1,1 pp entre 2019 et 2021 (de 6,8 % à 5,7 %) ; en France ou en Allemagne, la baisse a été plus faible (respectivement 0,7 pp et 0,2 pp entre 2019 et 2021).

Ces baisses s'expliquent principalement par le fait que 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 actes liés au Covid-

19. Le volume de 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]).

Reste à charge des ménages

Entre 2006 et 2019, certains pays du sud de l'Europe ont réduit les prises en charge publiques pour réaliser des économies budgétaires, au prix d'une plus forte contribution des ménages au financement de la dépense courante de santé : +0,8 pp entre 2006 et 2019 en Espagne, +2,1 pp en Italie, +5,1 pp au Portugal. À rebours des autres pays, le reste à charge des ménages a toutefois diminué en Grèce sur cette période (-2,4 pp) au profit des assurances privées facultatives (+2,4 pp).

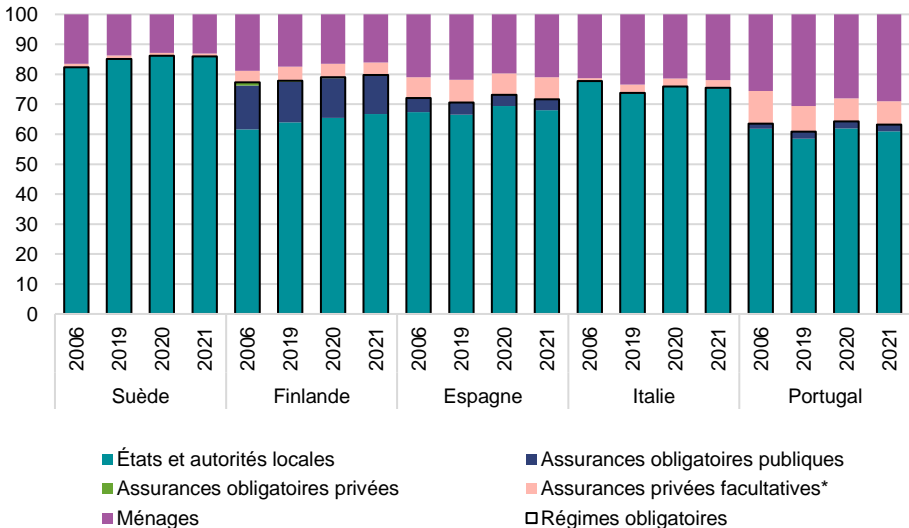
Avec la crise sanitaire, la structure de financement de la DCSi a été modifiée dans de nombreux pays et les dépenses de santé, liées au Covid-19, essentiellement assurées par des hôpitaux, ont été davantage financées par des régimes obligatoires.

On observe ainsi, entre 2019 et 2021, une augmentation de la part de la DCSi prise en charge par les régimes obligatoires, et notamment par l'État et les autorités locales, conjointement à une baisse du RAC dans de nombreux pays.

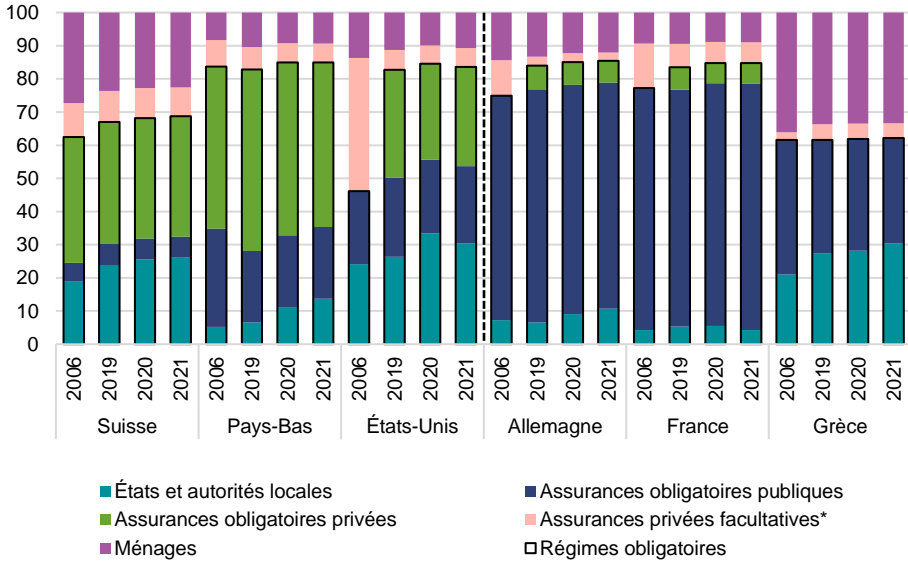
Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2006, 2019, 2020 et 2021

Systèmes nationaux de santé

En % de la DCSi



Systèmes libéraux de santé (à gauche) et systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques (à droite)

En % de la DCSⁱ

* Et autres dispositifs.

Lecture > En France, en 2021, les régimes obligatoires financent 85 % des dépenses de santé. Les assurances privées facultatives et le RAC des ménages financent respectivement 6 % et 9 % des dépenses. En 2006, ces taux s'établissaient respectivement à 77 %, 13 % et 9 %.

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

Les recettes des régimes obligatoires de financement des soins

Les revenus nécessaires au financement des dépenses de santé proviennent généralement de prélèvements obligatoires (cotisations sociales), de transferts publics (impôts et taxes), de prépaiements volontaires (primes d'assurance) ou d'autres ressources nationales et/ou revenus de l'étranger. Cette partie porte uniquement sur les recettes des régimes obligatoires, qu'ils soient privés ou publics. La structure des recettes de ces régimes varie selon le système d'assurance maladie en place (*graphique 3*).

Dans les systèmes nationaux de santé, les impôts et les taxes constituent l'essentiel des recettes des régimes obligatoires. Cette part atteint même 100 % en Lettonie, en Suède et au Danemark.

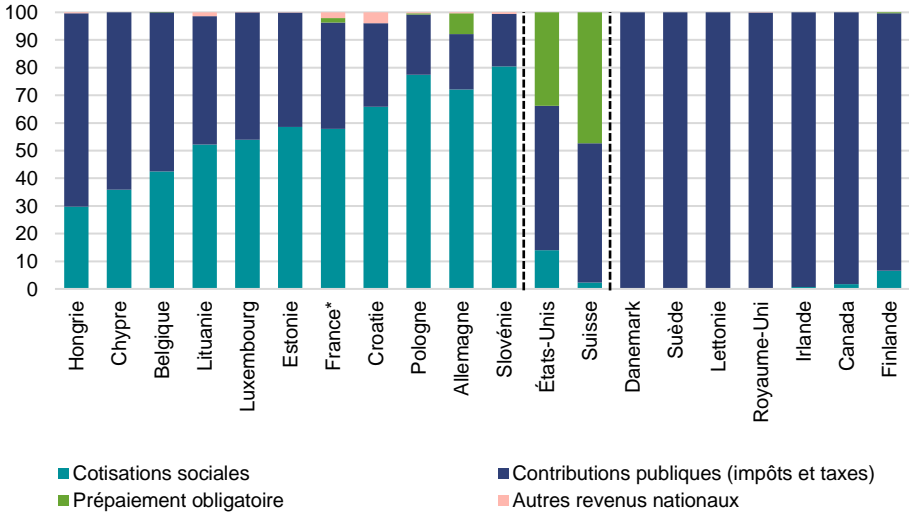
Dans les systèmes d'assurance maladie, les cotisations sociales occupent une place bien plus importante que dans les systèmes nationaux de santé. Elles représentent même plus de 50 % des ressources des régimes obligatoires dans la plupart des pays étudiés (dont la France, 58 %) ; en Slovénie, les cotisations sociales financent 80 % des régimes obligatoires.

Dans ces deux systèmes, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, en Suisse et aux États-Unis (systèmes libéraux de santé), les primes d'assurance constituent une part importante des ressources (entre 30 % et 50 %). Une partie de cette prime demeure souvent à la charge de l'employeur et, dans certains cas, peut également être subventionnée par l'État.

Graphique 3 Les recettes des régimes obligatoires selon le financement public en 2021

Systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques (à gauche), systèmes libéraux de santé (au milieu) et systèmes nationaux de santé (à droite)

En % de la part des régimes obligatoires



* 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 et portent sur l'année 2022 (DSS, 2022). 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 pas disponible pour la France 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.

Note > La catégorie « contributions publiques » 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, taxes et autres transferts.

Lecture > En France, en 2022, la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie est financée à 58 % par les cotisations sociales, à 38 % par les contributions publiques, à 2 % par les prépaiements obligatoires et à 2 % par d'autres revenus nationaux.

Sources > DSS, 2022 (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Des dépenses de gouvernance en moyenne plus faibles pour les systèmes nationaux de santé

Les dépenses de gouvernance englobent 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 publics.

En Slovaquie, en 2021, tous financeurs publics et privés confondus, les dépenses de gouvernance représentent 9,0 % de la DCSi (graphique 4). Les États-Unis, la Suisse et la France suivent avec respectivement 7,6 %, 7,0 % et 5,0 % de la DCSi consacré à la gouvernance.

De manière générale, les dépenses de gouvernance croissent avec le poids des assureurs privés et des caisses d'assurance sociale.

Dans les systèmes nationaux de santé gérés par l'État, les dépenses de gouvernance sont souvent plus faibles : de 3,0 % de la DCSi au Canada à 0,8 % en Finlande. Le Danemark fait figure d'exception avec 4,6 % de la DCSi destiné aux dépenses de gouvernance.

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 de santé qui domine : elles représentent près de 3,3 % des dépenses de gouvernance aux États-Unis et sont supérieures à 1,5 % en Suisse, en Irlande, au Canada, en Espagne, aux Pays-Bas, en Slovaquie et en France.

En France, les dépenses de gestion des assurances privées comptent en effet pour 50,1 % des dépenses de gouvernance, alors qu'elles ne financent que 12,5 % des dépenses de santé en 2021 (2,5 % de la DCSi).

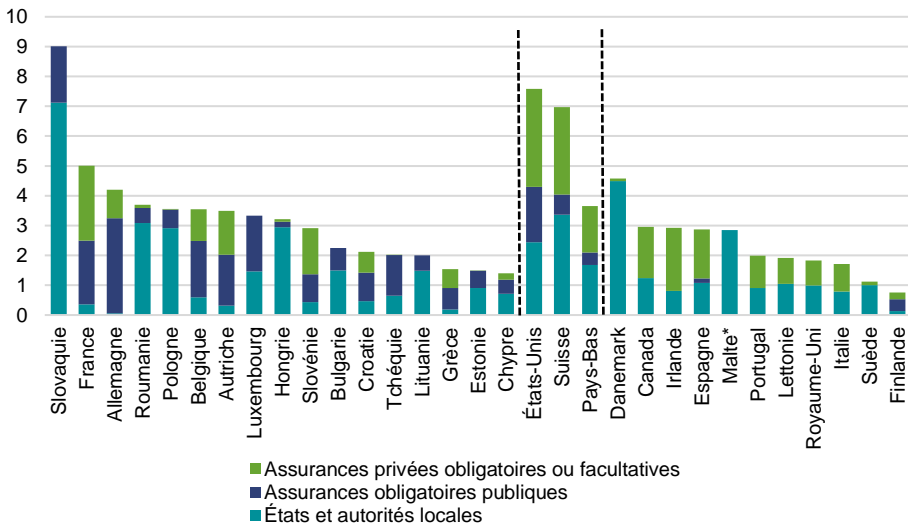
Cela s'explique par le fait que, en France, l'assurance maladie privée intervient dans une logique de cofinancement public et privé pour la quasi-totalité des soins et des biens médicaux. Pour chaque soin, un copaiement est ainsi laissé à la charge de l'assuré, ce qui ne permet pas d'effectuer des économies d'échelle dans les coûts de gestion (Paris, Polton, 2016 ; Lafon, Montaut, 2017). La Cour des

comptes a par ailleurs 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). ■

Graphique 4 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2021

Systèmes d'assurance maladie gérés par des caisses publiques (à gauche), systèmes libéraux de santé (au milieu) et systèmes nationaux de santé (à droite)

En % de la DCSI



* Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5,0 % de la DCSI, dont 0,4 % de dépenses de l'État, 2,1 % de dépenses de l'assurance obligatoire publique et 2,5 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultatives.

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

Pour en savoir plus

- > **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.** (2022). *Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2023). *Les chiffres clés de la sécurité sociale, septembre 2022*.
- > **Gonzalez, L., et al.** (2021, septembre). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – Édition 2021*. 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). *Panoramas de la santé 2021*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Palier, B.** (2009). Les grands systèmes de protection maladie. Dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, pp. 337-344.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards EN3S*, 49.

En 2021, le reste à charge (RAC) des ménages en France s'établit à 8,7 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) ; c'est le RAC le plus faible de l'OCDE avec le Luxembourg (8,9 %). Pour la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la crise sanitaire a fait baisser la part de la DCSi financée par les ménages entre 2019 et 2020. Cette tendance s'inverse en 2021, avec l'amélioration progressive de la situation sanitaire. 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 représentent une part importante du RAC des ménages en France (41 %) comme en Allemagne (37 %).

En élargissant le RAC des ménages pour prendre en compte les frais de gouvernance (frais de gestion et de publicité) engendrés par les assureurs privés, qui sont également à la charge des ménages, il s'établit en France à 10,3 % *in fine*, parmi les plus faibles de l'OCDE, après le Luxembourg (8,9 %) et les Pays-Bas (9,8 %).

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages peuvent constituer un frein à l'accès aux soins (*fiche 32*). 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 les pays 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 (en Allemagne, le reste à charge est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées dans certains pays de l'Europe du Sud) ou pour les femmes enceintes.

La part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible en France et au Luxembourg

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-14 en 2021 (*fiche 28*). Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives : environ 5 % en moyenne pour les pays de l'UE-14. 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 certains ménages à y renoncer, d'où l'intérêt porté à cet indicateur. En 2021, en moyenne dans les pays de l'UE-14, 14,4 % 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 (33,3 % en Grèce, 29,0 % au Portugal et 21,9 % en Italie), dans les nouveaux membres (19,3 % en moyenne) [*voir glossaire*] et en particulier en Lituanie et en Lettonie (respectivement 30,2 % et 27,0 %), ainsi qu'en Suisse (22,3 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, en 2021, la France a le RAC le plus faible, en proportion de la DCSi (8,7 %), avec le Luxembourg (8,9 %). Quatorze pays ont une part de la DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 15 %. Aux États-Unis, la mise en place en 2014 de l'Obamacare – dont l'extension de la population couverte par Medicaid² et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle – a induit une restructuration du financement de la DCSi : en 2021, le RAC y représente 10,7 % de la DCSi.

Exprimé en euros et par habitant, le RAC des ménages est nettement plus élevé en Suisse (1 718 euros par habitant) que dans les autres pays étudiés, y compris aux États-Unis, qui arrivent en seconde position (914 euros par habitant) [*graphique 2*]. Dans l'UE-14, il s'établit en moyenne à 568 euros par habitant, contre 283 euros en moyenne pour les nouveaux membres (NM). Au sein de l'UE-14, c'est en France que le RAC en euros par habitant est le plus faible (350 euros par habitant).

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.

L'Autriche et la Belgique présentent le RAC en euros par habitant le plus élevé de la zone (respectivement 757 et 748 euros par habitant).

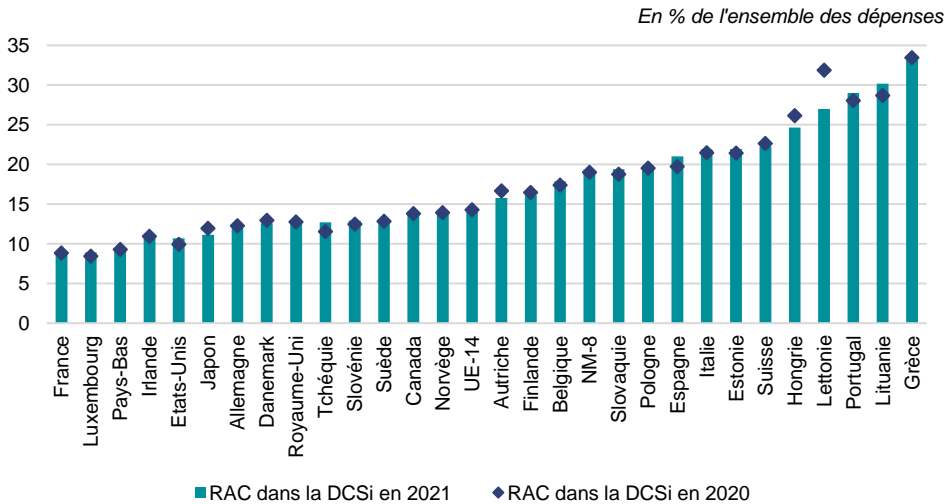
En tenant compte des différences nationales en matière de prix des biens et services de santé pour les ménages (les parités de pouvoir d'achat en matière de santé [PPA santé]) [voir glossaire], les différences de volumes de soins restant à la charge des ménages s'atténuent (graphique 2). Le RAC en PPA santé reste le plus élevé en Suisse parmi les pays considérés (1 182 euros PPA santé par habitant), mais le ratio par rapport au pays présentant le RAC par habitant le plus faible diminue de 10 à 3.

En 2021, les paiements directs des ménages rebondissent avec l'amélioration progressive de la situation sanitaire

La crise sanitaire a modifié le financement des dépenses de santé. En effet, 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 la plus élevée, comme les soins dentaires. Au contraire, les soins à l'hôpital, généralement pris en charge par les assurances maladie, ont augmenté (hospitalisations dues au Covid-19). La part de la DCSi financée par les ménages avait ainsi diminué entre 2019 et 2020. En 2021, année où l'activité de soins courants a repris, les RAC des ménages dans la DCSi augmentent (graphique 1) : en moyenne, il a augmenté de 0,1 point de pourcentage (pp) pour les pays de l'UE-14 entre 2020 et 2021, et de 0,3 pp pour les nouveaux membres (NM-8) [voir glossaire]. En France, à l'inverse, la part du RAC dans la DCSi diminue encore, de 9,0 % à 8,7 % (0,3 pp).

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans les dépenses courantes de santé (au sens international)



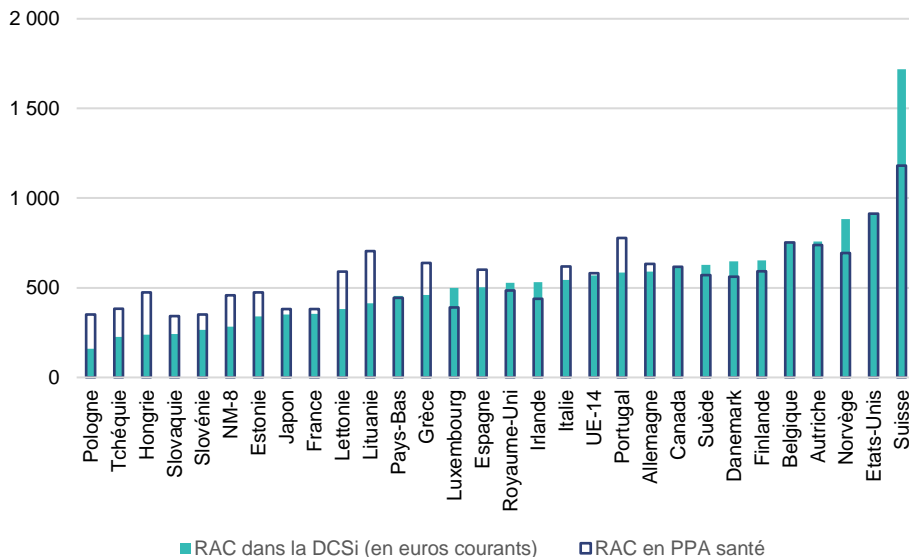
Note > La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) regroupe les fonctions suivantes de la DCSi : HC1 : soins courants curatifs, HC2 : soins courants de réhabilitation, HC4 : services auxiliaires, HC5 : biens médicaux.

Lecture > En France, le RAC dans la DCSi s'élevé à 8,8 % des dépenses en 2020 ; en 2021, il s'établit à 8,7 %, 0,1 pp de moins 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 dans les dépenses courantes de santé (au sens international), en euros courants 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 2021. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1), chaque euro présenté correspond donc à un « euro français ».

Lecture > En Pologne, le RAC dans la DCSi est d'environ 160 euros par habitant en 2021. En tenant compte des différences de prix entre les pays, le RAC représente environ 350 euros en parité de pouvoir d'achat santé par habitant en 2021.

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

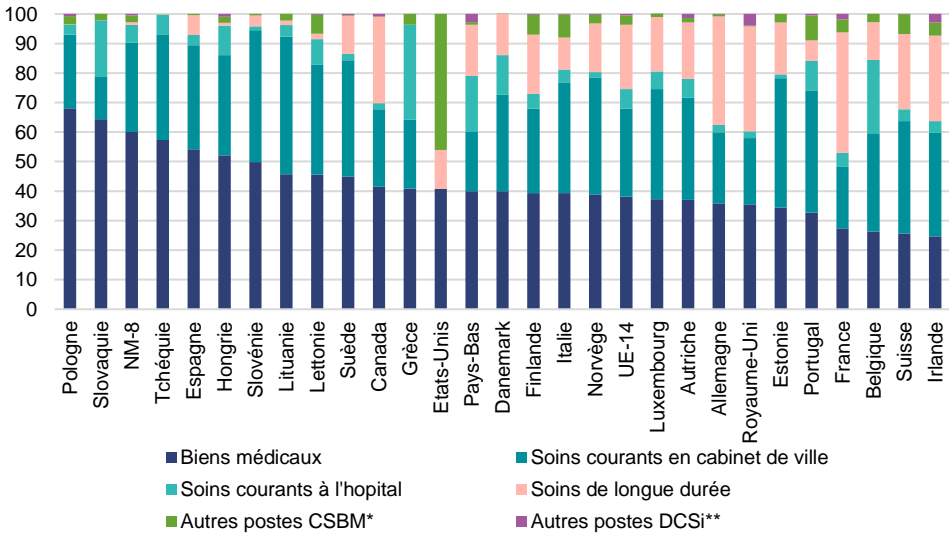
En France, comme dans l'ensemble des pays observés, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la DCSi (*fiche 28*). Ce sont les achats de biens médicaux (produits pharmaceutiques, optiques et dentaires) qui contribuent le plus au reste à charge des ménages dans la plupart des pays observés : en moyenne, ils représentent 41 % du RAC. Cette part est plus élevée parmi les nouveaux membres (NM-8) [voir *glossaire*] où leur part atteint 60 % du RAC, contre moins de 40 % dans les pays de l'UE-14 (*graphique 3*). En Pologne, les biens médicaux représentent 68 % du RAC des ménages. Parmi les pays étudiés, la France, la Belgique, la Suisse et l'Irlande se distinguent avec une contribution des biens médicaux au reste à charge inférieure à 30 % du reste à charge total des ménages (avec respectivement 27 %, 26 %, 26 % et 25 % du RAC total). Les soins en cabinet de ville représentent également une part importante du RAC, variant de 15 % en Slovaquie à 47 % en Lituanie.

L'hôpital représente une faible part du RAC des ménages : 7 % en moyenne pour l'UE-14, 6 % pour les NM. Quelques pays font toutefois figure d'exception, notamment la Grèce (32 %), la Belgique (25 %) et les Pays-Bas (19 %).

Les soins de longue durée (SLD) peuvent s'avérer onéreux pour les ménages, ce même après intervention des régimes obligatoires et facultatifs d'assurance. En France, la part des SLD dans le RAC total des ménages s'établit à 41 % ; cette part est également élevée en Allemagne et au Royaume-Uni, où ils représentent plus du tiers du reste à charge par habitant. C'est dans les pays du nord de l'Europe que les ménages consacrent la proportion la moins importante de leurs dépenses pour les SLD. Ainsi, la part des SLD dans le reste à charge des ménages est de 13 % en Suède, 14 % au Danemark et 17 % en Norvège. De même, dans les pays du sud de l'Europe, le RAC des ménages consacré aux dépenses de SLD reste relativement faible : 7 % du RAC total en Espagne et au Portugal, 8 % en Italie. Ces proportions sont toutefois à mettre en perspective avec les faibles dépenses dans les SLD dans ces pays.

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages en 2021

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.

Note > En dehors de la Suisse, aucun pays n'a de reste à charge sur les dépenses de gouvernance. 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 2021, en Pologne, le reste à charge pour les biens médicaux représente 68 % du reste à charge en santé des ménages.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Un reste à charge plus élevé en prenant 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 : elles ne bénéficient pas directement aux ménages dans le cadre de remboursements de soins, mais 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), dans le cadre d'une publication de 2016 étudiant la situation en France, 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 (Perroin, 2016). Cette analyse est extrêmement large et peu adaptée à l'analyse comparative ; elle nécessite d'identifier l'intégralité des frais engendrés par les

organismes complémentaires qui remboursent les soins de santé. Ces frais varient selon les pays et représentent, dans certains cas, une part non négligeable des dépenses de santé. C'est le cas notamment des frais de gouvernance des assurances privées¹, qui sont particulièrement élevés dans les pays de l'UE-14 : ils représentent entre 1,5 % et 2,1 % des dépenses de santé en Irlande, en Espagne et en Autriche (*graphique 4*). En France, où les frais de gouvernance des assurances privées comptent pour 1,4 % de ces dépenses, cette définition « élargie » du RAC porte la charge qui revient aux ménages de 8,9 % de la DCSi à 10,3 %.

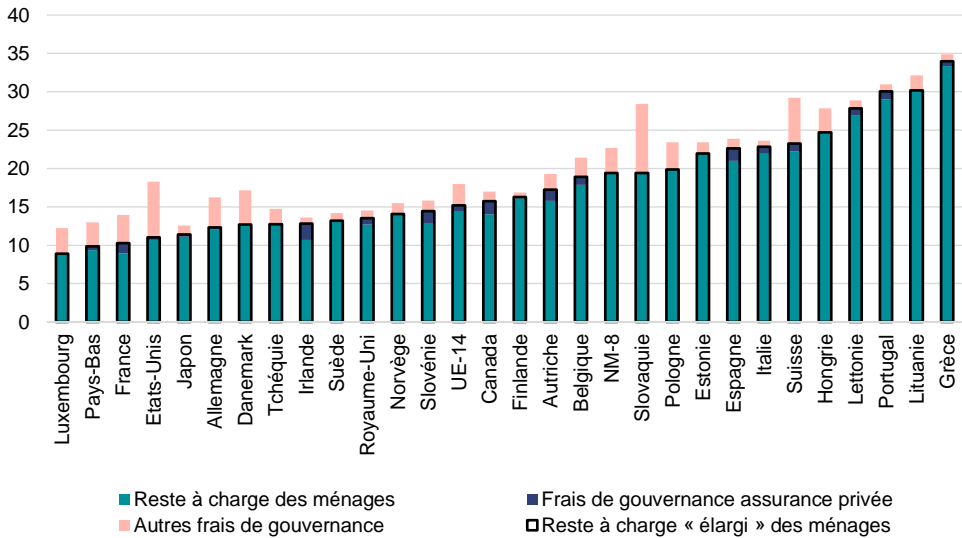
En proportion, les frais de gouvernance des assurances privées représentent jusqu'à 17 % du reste à charge « élargi » (7 % en Espagne, 13 % en France et 17 % en Irlande). À l'inverse, les frais de gouvernance des assurances privées sont particulièrement bas dans les pays du nord de l'Europe : Danemark, Suède, Norvège et Finlande (*fiche 29*).

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 ges-

tion 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 4 Reste à charge des ménages élargi aux dépenses de gouvernance en 2021

En % de la DCSi



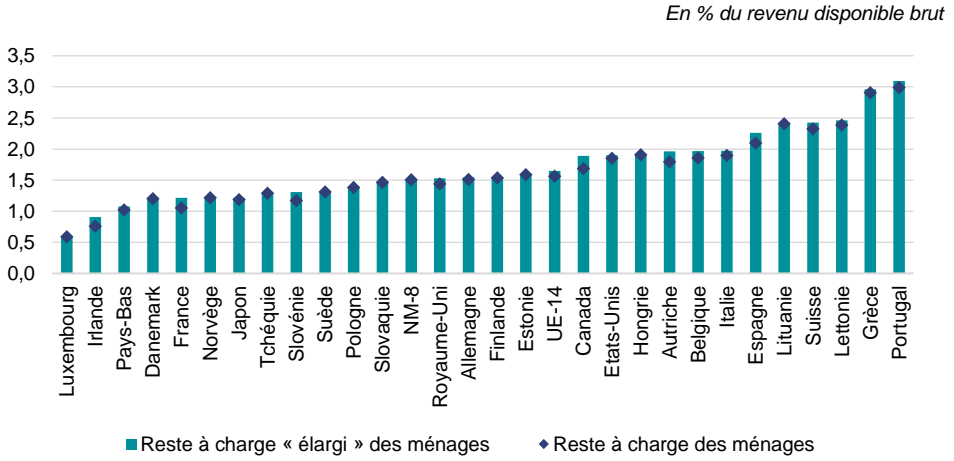
Lecture > En France, le reste à charge des ménages représente 8,9 % de la DCSi, les frais de gestion des assureurs privés représentent 1,4 % de la DCSi, de sorte que le reste à charge élargi en France s'établit à 10,3 % de la DCSi.

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 0,6 % du revenu disponible brut au Luxembourg à 3,0 % au Portugal (*graphique 5*). En France, il s'établit à 1,1 % en 2021, il est inférieur à celui de l'Allemagne (1,5 %) et du Royaume-Uni (1,4 %). ■

Graphique 5 Reste à charge des ménages et reste à charge élargi aux dépenses de gouvernance dans le revenu disponible brut en 2021

Lecture > En 2021, en Autriche, le reste à charge des ménages représente 1,8 % du revenu disponible brut. Si on considère le RAC élargi aux dépenses de gouvernance, il représente 2,0 % 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-14 pour la densité de médecins et au niveau de la moyenne de l'UE-14 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 membres durant la dernière décennie, sa progression est faible au cours de la même période en France (elle s'y replie même sur les dernières années) 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, la spécialisation de la médecine se poursuit ; 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-14 (hors Grèce et Portugal), la densité moyenne s'élève à 407 médecins pour 100 000 habitants en 2021 ; la densité est la plus élevée en Autriche (541 médecins pour 100 000 habitants). La densité française est inférieure à cette moyenne : 319 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, le Royaume-Uni enregistre la densité la plus faible avec 318 médecins pour 100 000 habitants, suivi de près par la France et de la Belgique (326 médecins pour 100 000 habitants). De manière générale, la densité de médecins est également plus faible dans les nouveaux membres (NM) entrés dans l'UE à partir de 2004 (voir glossaire). Dans les hors UE étudiés ici, la densité de médecins est nettement plus faible ; elle s'établit respectivement à 261, 267 et 277 médecins pour 100 000 habitants au Japon, aux États-Unis et au Canada.

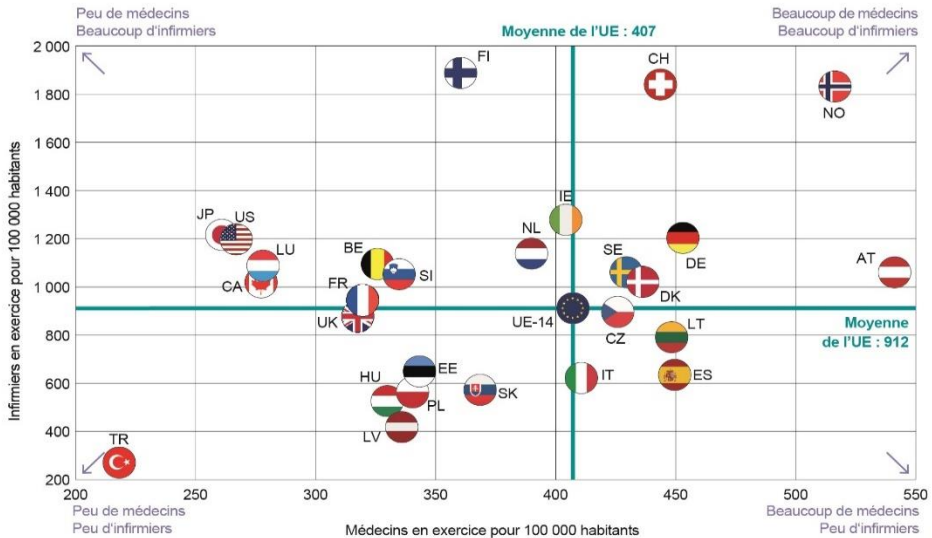
Ces écarts de densité doivent toutefois être relativisés au regard du rôle dévolu aux médecins et aux infirmiers (et autres professionnels de santé) dans chaque système de santé. Dans de nombreux pays,

une faible densité de médecins s'accompagne d'une forte densité d'infirmiers et inversement. En France, la densité d'infirmiers (945 infirmiers pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne de l'UE-14 en 2021 (912 infirmiers pour 100 000 habitants). À l'inverse, l'Espagne et l'Italie présentent des densités élevées de médecins (respectivement 449 et 411 médecins pour 100 000 habitants), mais la densité d'infirmiers y est moindre : autour de 630 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 de l'Autriche 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 (453 médecins pour 100 000 habitants) et d'infirmiers (1 203) 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 (628 infirmiers en moyenne pour 100 000 habitants).

¹ Une partie des stages d'internat (deux sur six stages) sont réalisés en médecine de ville. Le chiffre proposé ici ne couvre donc pas l'ensemble du champ des internes.

Graphique 1 Densité de médecins et d'infirmiers en exercice en 2021



Note > Données 2020 pour le Danemark, le Japon, la Finlande et la Suède. Données 2018 pour la Belgique (infirmiers). Données 2017 pour le Luxembourg.

Moyenne de l'UE calculée à partir des dernières données et pays disponibles (hors Grèce et Portugal).

Lecture > La France compte 945 infirmiers et 319 médecins pour 100 000 habitants en 2021.

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), en Slovaquie, les données couvrent tous les médecins et les infirmiers professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. En France, ce sont les données couvrant les infirmiers de moins de 62 ans inscrits au répertoire Adeli qui sont présentées. 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.

Sources > DREES, Adeli 2021, OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé.

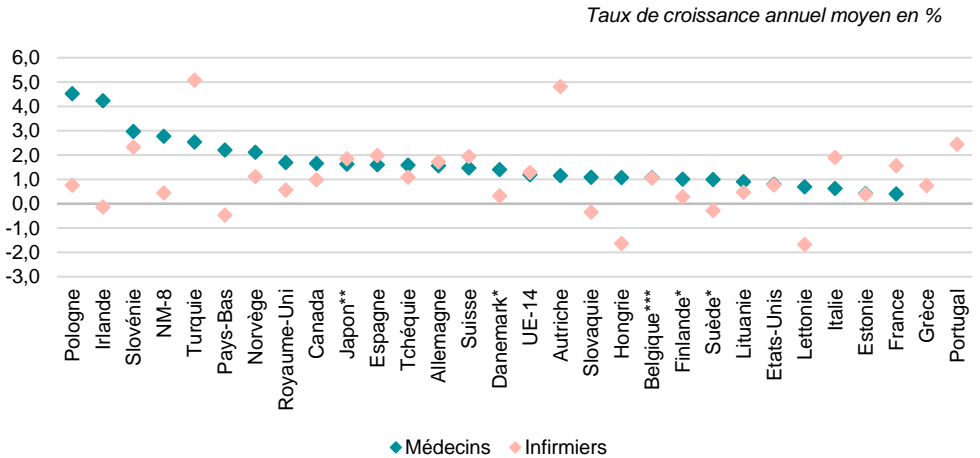
La densité de médecins baisse en France au cours des dernières années

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 2011 et 2021, le nombre de médecins a augmenté légèrement plus vite que la population dans la totalité des pays étudiés. Pendant cette période, la densité a progressé de 362 à 407 médecins pour 100 000 habitants en moyenne dans l'UE-14 (graphique 2). Elle est particulièrement dynamique en Pologne (4,5 % par an en moyenne, contre 1,2 % en moyenne pour les pays de l'UE-14). En revanche, la densité de médecins progresse très peu dans d'autres pays, notamment en France, en Estonie et en Italie (respectivement +0,4 %, +0,4 % et +0,6 % par an). La densité de médecins généralistes diminue même ces dernières années en France¹.

Au cours de la même période, la densité d'infirmiers a augmenté dans la majorité des pays considérés (+1,3 % par an en moyenne dans les pays de l'UE-14), hormis notamment aux Pays-Bas, en Suède, en Hongrie ou en Irlande. En France, la densité d'infirmiers a progressé au rythme de 1,6 % en moyenne par an entre 2011 et 2021. 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 médecins. L'immigration de médecins formés à l'étranger et le nombre croissant de ceux 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 Les projections d'effectifs de médecins réalisées par la DREES confirment cette tendance à la diminution jusqu'en 2030 (Anguis, *et al.*, 2021).

Graphique 2 Évolution de la densité de médecins et infirmiers entre 2011 et 2021

* Données 2020/2011 ; ** données 2020/2010 ; *** données 2018/2011.

Note > Moyenne de l'UE calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Portugal et Grèce). À compter du 1^{er} janvier 2021, le Royaume-Uni ne fait plus partie de l'Union européenne.

Lecture > Entre 2011 et 2021, la densité de médecins et d'infirmiers a augmenté en France en moyenne de 0,4 % par an.

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) professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients.

Sources > OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé.

Une proportion hétérogène mais croissante de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger

En 2021, la proportion de médecins formés à l'étranger varie de plus de 40 % en Irlande et en Norvège à moins de 1 % en Italie et en Lituanie. Ces observations doivent toutefois être nuancées, puisque dans certains pays, 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 %, 32 % et 40 % des 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 2021 ; elle a augmenté sensiblement au cours des dix dernières années (graphique 3). En 2021, environ 10 % des médecins exerçant dans un pays de l'UE-14 ont ainsi été formés à l'étranger, contre 6 % en 2011. Si cette proportion est restée relativement stable au Royaume-Uni (29 % à 32 %) et en Hongrie (8 %), elle a rapidement augmenté en Suisse (+13 points de pourcentage [pp] entre 2011 et 2021) 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, Kraft, 2021). En France, la proportion de médecins formés à l'étranger a progressé de 4 pp entre 2011 et 2021.

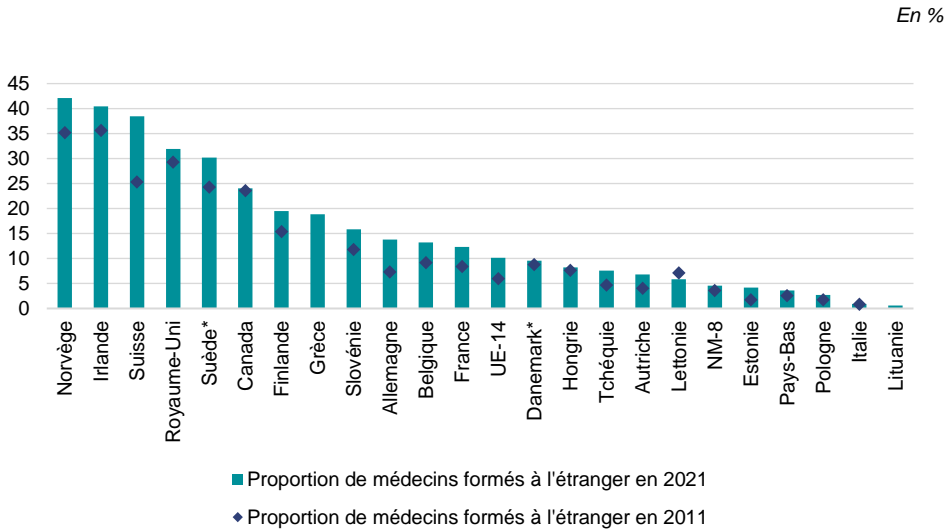
La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe et, de manière générale, est bien inférieure à celle des médecins. En Suisse, elle dépasse 25 %, notamment du fait des travailleurs transfrontaliers (Debouzy, Reffet-Rochas, 2022) ; elle reste faible en France (3 % en 2021) et en UE-14 (7 %). Comme 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 (-1,7 pp), en Norvège (-2,3 pp) et en Italie (-0,7 pp). En France, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger a progressé de 0,5 pp entre 2011 et 2021.

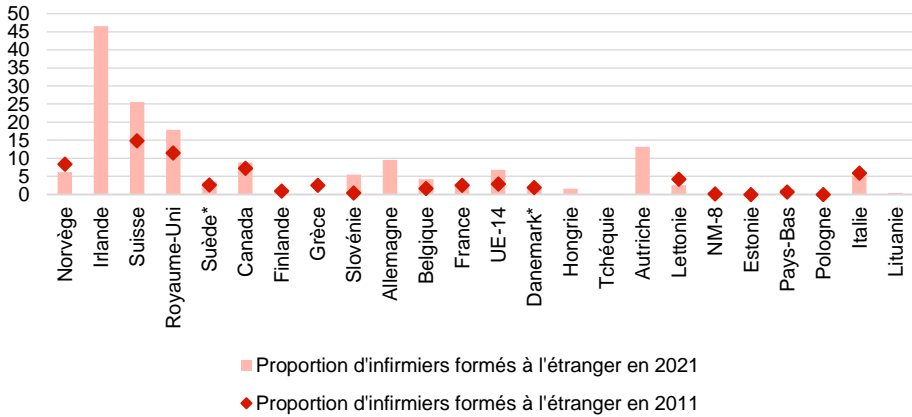
Au cours de la pandémie de Covid-19, de nombreux pays souffrant d'une pénurie de personnel médical et soignant se sont appuyés sur des professionnels de santé migrants pour répondre à la hausse massive de la demande en matière de soins de santé. Pour pallier le manque de personnel médical, ils ont ainsi 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 expiraient 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. Toutefois, ceux n'ayant pas d'autorisation pour exercer en France ont été 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 2011 et en 2021





* Données 2020.

Note > Moyenne de l'UE calculée à partir des dernières années et pays disponibles. À compter du 1^{er} janvier 2021, le Royaume-Uni ne fait plus partie de l'Union européenne.

Lecture > Au Royaume-Uni, 32 % des médecins et 18 % des infirmiers ont été formés à l'étranger en 2021. Ils étaient 29 % et 11 % respectivement en 2011.

Champ > 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.

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

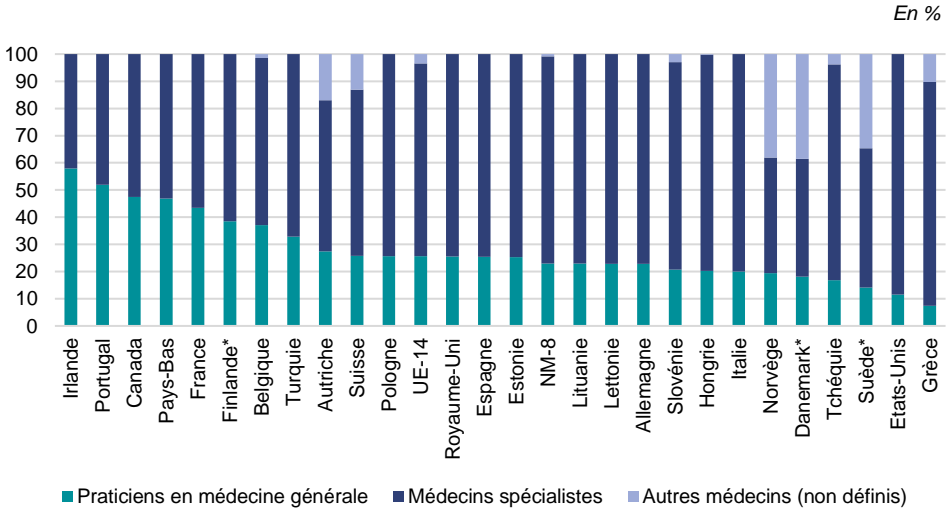
Davantage de médecins spécialistes que généralistes dans l'UE-14

En moyenne, dans l'UE-14, les médecins généralistes (et autres praticiens en médecine générale) ne représentent que 25 % des médecins. Ils représentent près de 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 2011 et 2021, 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 2011 à 2,4 en 2021 pour les pays de l'UE-14. 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, en renforçant les soins primaires et en promouvant une organisation plus verticale des soins de santé (organisation où le médecin généraliste est chargé d'orienter les patients vers ses confrères spécialistes). En France, le quota des places réservées en médecine générale a été augmenté en 2017 et atteint 38 % des nouvelles places en troisième cycle en 2021 (Légifrance, 2021). ■

Graphique 4 Répartition entre médecins spécialistes et médecins généralistes en 2021

* Données 2020.

Note > Les moyennes de l'UE-14 et des NM-8 ont été calculées à partir des dernières années et pays disponibles (hors Luxembourg pour la moyenne de l'UE-14, hors Slovaquie pour la moyenne des NM-8).

Lecture > En 2021, en Lettonie, 77 % des médecins sont spécialistes et 23 % sont généralistes.

Champ > 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.

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.
- > **Debouzy, I., Reffet-Rochas, A.** (2022). Travailleurs frontaliers : six profils de « navettes » vers la Suisse. Insee, *Insee Analyses*, 145.
- > **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*.
- > **Hostettler, S., Kraft, E.** (2021). *Statistique médicale 2020 de la FMH : La Suisse en comparaison internationale*. Fédération des médecins suisses.
- > **Légifrance** (2021). Journal officiel électronique authentifié n° 0246. Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=RzylKbuP44VzhcR0hOMF-dn4EsfT1oa6Y245HUSL0hA=>
- > **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>
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE. Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **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 : Éditions 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.

En France, le taux de mortalité évitable après intervention du système de santé, grâce à la prévention primaire ou aux traitements, est parmi les plus faibles d'Europe avec 202 décès pour 100 000 habitants en 2020.

La France se situe à un niveau intermédiaire en Europe en termes de prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool. En revanche, l'obésité et le surpoids sont relativement moins fréquents en France, comparé à la moyenne des pays européens.

La France consacre 5,5 % de ses dépenses de santé à la prévention en 2021. Si ce niveau est supérieur à la moyenne des pays européens, des différences de définitions subsistent entre les pays. Enfin, la majorité des dépenses de prévention sont destinées à la prévention individuelle primaire, avec d'importantes variations selon les pays.

La France a un taux relativement faible de mortalité évitable

On distingue deux types de mortalité dite évitable : (1) par la prévention primaire, c'est-à-dire avant que les effets sur la santé ne se produisent et (2) par le traitement, grâce au dépistage des maladies à un stade précoce, *via* des soins de santé efficaces et prodigués à temps. La somme de ces deux taux constitue l'indicateur global de mortalité évitable (*encadré 1*).

Mortalité évitable grâce à la prévention primaire

En moyenne, dans les pays de l'Union européenne à 14 (UE-14) [*voir glossaire*], le taux de mortalité évitable grâce à la prévention primaire est de 147 décès pour 100 000 habitants en 2020 (*graphique 1*). Il est inférieur à 125 en Suède, à Malte et à Chypre (respectivement 123, 115 et 112 décès évitables pour 100 000 habitants). À l'inverse, les taux les plus élevés de décès prématurés sont observés en Roumanie (358 décès pour 100 000), en Hongrie (350 décès pour 100 000) et en Lituanie (340 décès pour 100 000), et tiennent pour l'essentiel à des taux nettement plus élevés de mortalité par cardiopathie ischémique, accidents et consommation d'alcool dans ces pays, ainsi qu'à une forte prévalence du cancer du poulmon en Hongrie (OCDE, 2021).

En France, en 2020, 143 décès sont évitables par la prévention primaire pour 100 000 habitants ; ce taux est légèrement inférieur à la moyenne des pays de l'UE-14, malgré une consommation d'alcool et de tabac supérieure à la moyenne européenne.

Mortalité évitable grâce aux traitements

En 2020, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est bien inférieur à celui de la mortalité évitable grâce à la prévention. Il s'établit en moyenne à 68 pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-14 et à 149 dans les pays ayant rejoint l'UE après 2004 (NM-13), [*voir glossaire*]. La France et les Pays-Bas présentent le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (59 décès pour 100 000 habitants),

suivi du Luxembourg (60 décès pour 100 000 habitants). En France, les premières causes de mortalité évitable grâce à des traitements 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).

Trois pays présentent des niveaux de mortalité évitable grâce aux traitements supérieurs à 200 décès pour 100 000 habitants : la Roumanie, la Bulgarie et la Lituanie (avec respectivement 235, 213 et 200 décès pour 100 000 habitants).

Après une période de baisse, la crise sanitaire a entraîné une résurgence de la mortalité évitable

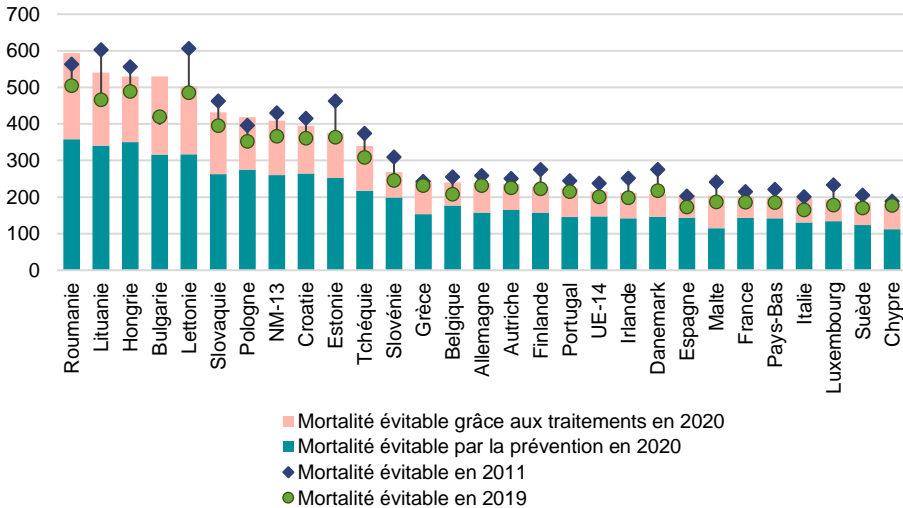
Au cours de la dernière décennie (2011-2019), la totalité des pays européens – à l'exception de la Bulgarie – ont enregistré une baisse significative de la mortalité évitable. Au cours de cette période, les baisses les plus importantes sont observées au Luxembourg (-23,7 %, de 233 à 178 décès évitables pour 100 000 habitants), en Lituanie (-22,6 %) et à Malte (-22,4 %), contre -13,5 % en France, -15,7 % en moyenne dans les pays de l'UE-14 et -15,0 % en moyenne dans les NM-13.

Par convention, l'OCDE et Eurostat considèrent l'ensemble des décès dus au Covid-19 comme des décès évitables par prévention. Cette convention induit nécessairement une augmentation de la mortalité évitable en 2020. Outre les décès directement dus au Covid-19 et qui auraient pu être évités grâce aux traitements et à des interventions plus rapides des pouvoirs publics, la pandémie a également perturbé les systèmes de santé, les soins préventifs et les soins curatifs.

À l'exception du Danemark, la mortalité évitable a augmenté en 2020 pour l'ensemble des pays étudiés : de +26,1 % en Bulgarie (de 505 décès évitables pour 100 000 habitants en 2019 à 593 en 2020) à +2,6 % en Finlande. En France, la mortalité évitable a augmenté de 8,6 % en 2020 ; cette hausse est proche de la moyenne des pays de l'UE-14 (+7,6 %)

Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements et à la prévention primaire, en 2020, 2019 et 2011

Pour 100 000 habitants



Lecture > En France, en 2020, 143 décès pour 100 000 habitants auraient pu être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention primaire, et 59 décès pour 100 000 habitants par des interventions en matière de soins de santé, pour un total de 202 décès évitables pour 100 000 habitants. En 2011 et en 2019, ce ratio s'élevait respectivement à 215 et à 186 décès évitables pour 100 000 habitants.

Source > Collecte de données sur les causes de décès d'Eurostat (calculs Eurostat).

Encadré 1 Définir la mortalité évitable par la prévention ou par le traitement

L'indicateur de mortalité évitable est calculé à partir de la collecte de données sur les causes de décès menée par Eurostat. L'OCDE produit un indicateur similaire basé sur le décompte des causes de décès issus de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les taux de mortalité évitable peuvent différer selon les deux organisations du fait d'écart de méthodologie dans les calculs, notamment sur la standardisation par l'âge (autrement dit la neutralisation des différences de structure d'âge entre les pays). La définition retenue dans cette fiche est celle d'Eurostat.

Au sein des décès enregistrés pour une année donnée, on considère par convention que certains pourraient être évités par traitement ou par prévention. La mortalité évitable par la prévention primaire 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). Les décès dus au Covid-19 sont, à ce jour, parmi les décès évitables par prévention.

Dans la liste de l'OCDE et d'Eurostat (OCDE/Eurostat, 2022), 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 de l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (c'est notamment le cas de la cardiopathie ischémique et des maladies cérébrovasculaires qui sont comptabilisées pour moitié dans la catégorie des causes de mortalité évitable grâce à la prévention, et pour l'autre moitié dans celle des causes de mortalité évitable grâce aux traitements), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès. Ces deux indicateurs renvoient par ailleurs à une mortalité prématurée : au-delà de 74 ans, les décès ne sont donc pas retenus pour le calcul de cet indicateur.

Le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles

État des lieux de l'obésité et du surpoids en Europe

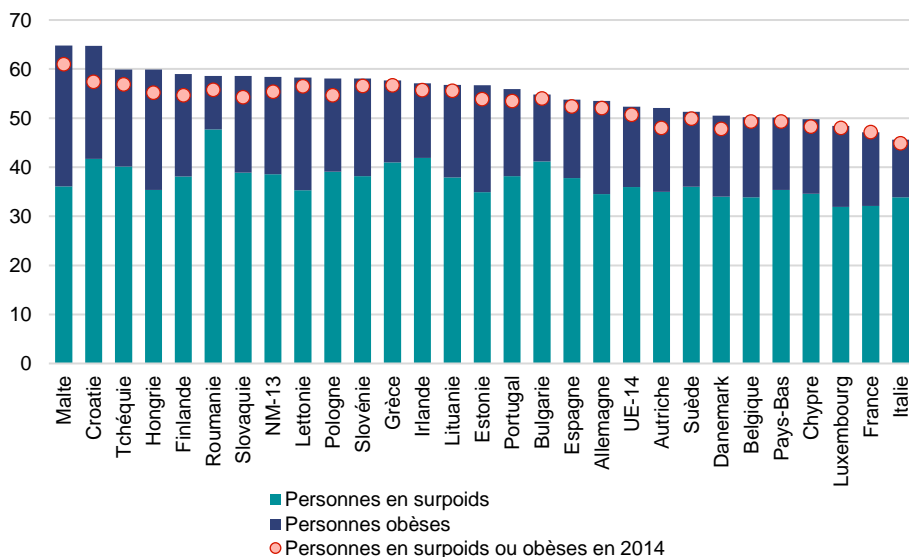
En 2019, 52,3 % de la population des pays de l'UE-14 et 58,4 % de la population des NM-13 est soit en surpoids, soit obèse¹ (avec respectivement 16,3 % et 19,8 % d'obèses) [graphique 2].

Les proportions les plus élevées de surcharge pondérale sont observées à Malte et en Croatie, où plus de 60 % des adultes sont obèses ou en surpoids. À l'inverse, les proportions les plus faibles sont observées en Italie (45,6 % dont 11,7 % d'obèses). En France, 47,1 % des adultes sont en surcharge pondérale (dont 15,0 % d'obèses et 32,1 % de personnes en surpoids) ; la France se situe donc parmi les pays où le surpoids est relativement faible.

Entre 2014 et 2019, l'obésité et le surpoids progressent dans tous les pays d'Europe (de 0,4 point de pourcentage [pp] au Luxembourg à 7,3 pp en Croatie entre 2014 et 2019), à l'exception de la France. Néanmoins, les pays européens ont pris des mesures pour lutter contre la surcharge pondérale, notamment l'instauration (ou l'augmentation) de taxes sur les boissons à forte teneur en sucre et l'obligation, depuis 2016, d'informer les consommateurs sur la composition nutritionnelle des denrées alimentaires (règlement UE n° 1169/2011 concernant l'information des consommateurs sur les denrées alimentaires). Le Nutri-Score est utilisé en France (son affichage n'est pas obligatoire, mais très répandu), en Belgique, en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg ; l'Italie recourt à une alternative, Nutrinform.

Graphique 2 Proportion de la population en surpoids ou en obésité, en 2019 et 2014

En % de la population âgée de 15 ans ou plus



Lecture > En France, en 2019, 15,0 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sont obèses et 32,1 % sont en surpoids.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

¹ L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rap-

port poids/taille² (exprimé en kg/m²). L'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 chez l'adulte. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30.

Le tabagisme recule en 2019 mais reste la première cause de décès évitable

La consommation de tabac est l'un des plus grands risques sanitaires évitables dans l'UE, de nombreuses formes de cancers et de maladies cardiovasculaires et respiratoires étant liées à la consommation de tabac.

En Europe en 2019, 15,2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 4,7 % plus de 20 cigarettes par jour. Les taux de tabagisme s'échelonnent de 28,7 % en Bulgarie à seulement 6,3 % en Suède (graphique 3). En France, 17,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 4,1 % sont de grands fumeurs.

Entre 2014 et 2019, la proportion de fumeurs quotidiens dans la population a toutefois régressé dans la plupart des pays européens, de 16,8 % à 15,2 % en moyenne dans les pays de l'UE-14 et de 22,5 % à 20,3 % en moyenne dans les NM-13. Cette baisse s'explique par une intensification des mesures de lutte contre le tabagisme, et notamment par l'alourdissement de la fiscalité du tabac, le prix du tabac

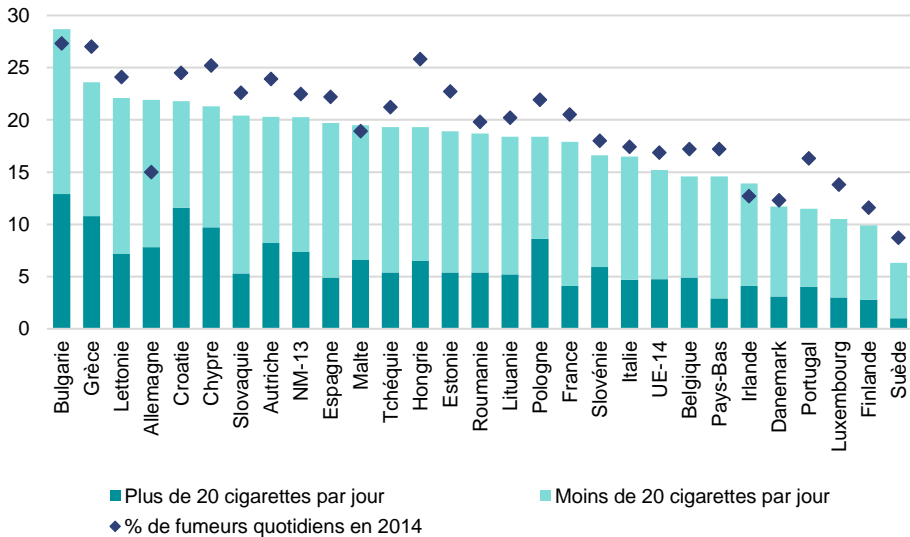
étant constitué à près de 80 % de taxes (droits d'accises et taxe sur la valeur ajoutée [TVA]) dans les pays européens (les taxes représentent 84 % du prix de vente au détail en France). D'autres mesures importantes consistent à faire figurer des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes ou à proposer des campagnes d'aide aux fumeurs et des conseils de sevrage (« Mois sans tabac »).

En France, la diminution de 2,6 pp entre 2014 et 2019 coïncide également avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac depuis cinq ans (Pasquereau, *et al.*, 2020).

Quatre pays font toutefois exception et affichent une augmentation du tabagisme sur cette période : l'Irlande (+1,2 pp), Malte (+0,6 pp), la Bulgarie (+1,4 pp) et l'Allemagne (+6,9 pp). Cette dernière, accuse un retard dans la mise en place de politiques de lutte contre le tabagisme. Néanmoins, après sept ans sans augmentation, la taxe sur le paquet de cigarettes allemand a subi une première hausse de 10 centimes au 1^{er} janvier 2022 et devrait atteindre 50 centimes supplémentaires en 2026, pour un prix moyen de 7,70 euros par paquet (contre environ 10 euros en France).

Graphique 3 Proportion de la population fumant quotidiennement, en 2019 et 2014

En % de la population âgée de 15 ans ou plus



Lecture > En France, en 2019, 17,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 4,1 % plus de 20 cigarettes par jour.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

Consommation d'alcool en Europe : où en sont les Français ?

La consommation d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité. Une consommation excessive d'alcool est un facteur de risque important pour les maladies cardiaques, les AVC, les cirrhoses et

certains cancers. L'alcool est par ailleurs associé à de nombreux décès dus à des accidents de la route, des suicides, des actes de violence ou des homicides (OCDE, 2021).

Dans les pays de l'UE-14, 8,9 % de la population consomme quotidiennement de l'alcool, soit une personne sur douze environ (graphique 4). En revanche, ils sont près de 16,1 % dans les pays de l'UE-14 et 15,3 % dans les NM-13 à ne jamais en consommer.

La proportion de gros buveurs en France est légèrement supérieure à la moyenne européenne : 9,9 % des français consomment de l'alcool tous les jours. Les proportions les plus élevées sont observées au Portugal (20,7 %) et en Espagne (13,0 %). À l'inverse, ce taux est inférieur à 2 % en Suède (1,8 %), en Pologne (1,6 %), en Estonie (1,3 %), en Lettonie (1,2 %) et en Lituanie (0,8 %).

Entre 2014 et 2019, la part de la population consommant de l'alcool au moins une fois par mois a globalement un peu diminué : elle s'établit à 65 % en moyenne dans les pays de l'UE-14 en 2019 contre 67 % en 2014 (-2,2 pp). La baisse la plus importante

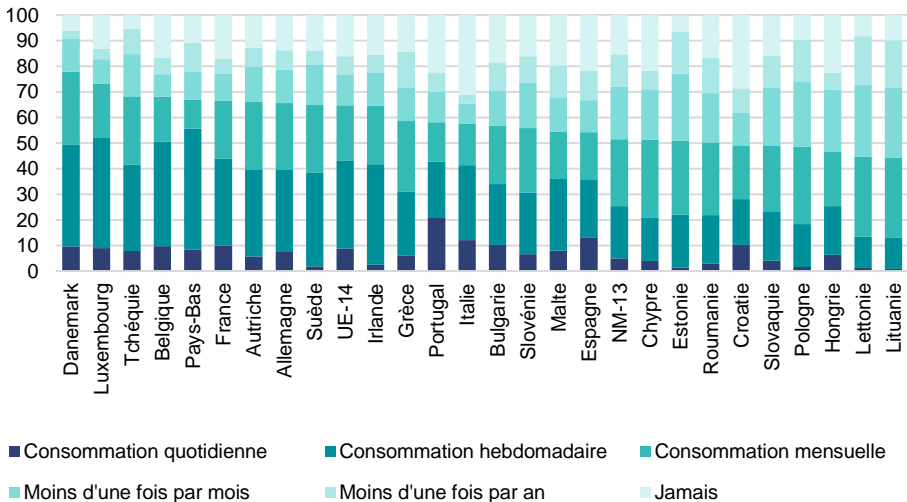
est observée en Allemagne (-8,5 pp entre 2014 et 2019) et l'augmentation la plus importante à Chypre (+6,7 pp).

Les politiques publiques de prévention de la consommation excessive d'alcool sont multiples et incluent notamment : des services d'écoute à destination des consommateurs à risque, des politiques de protection des jeunes et des enfants contre la promotion de l'alcool, des politiques de sécurité routière, ou des politiques d'augmentation des prix.

En France, les politiques publiques de lutte contre la consommation excessive d'alcool reposent principalement sur la fixation de repères pour la consommation d'alcool¹ : il est ainsi recommandé de ne pas dépasser deux verres par jour, avec au moins deux jours par semaine sans consommation d'alcool. La vente d'alcool aux mineurs est par ailleurs interdite depuis 2009.

Graphique 4 Consommation d'alcool en 2019

En % de la population âgée de 15 ans ou plus



Lecture > En France, en 2019, 9,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment de l'alcool quotidiennement, 34,0 % au moins une fois par semaine, 22,7 % au moins une fois par mois, 10,4 % moins d'une fois par mois, 5,9 % moins d'une fois par an et 17,1 % jamais.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

¹ 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 publique en mai 2017.

Encadré 2 Quels chiffres de la consommation de tabac, d'alcool et sur les taux d'obésité retenir pour les comparaisons internationales ?

Les données relatives aux comportements à risque (tabac, alcool, surcharge pondérale) sont 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. Cette enquête est menée environ tous les cinq ans, la dernière vague a été réalisée en 2019 et la prochaine est prévue en 2025.

Dans les éditions du Panorama des comptes de la santé antérieures à 2023, les données de l'OCDE avaient été utilisées. Si les résultats étaient relativement similaires à ceux obtenus avec l'EHIS pour de nombreux pays, la méthodologie de collecte pouvait différer et poser des questions de comparabilité. Ce phénomène était d'ailleurs particulièrement visible dans le cas de la France. À titre d'exemple, l'OCDE utilise le Baromètre santé réalisé par Santé publique France afin de mesurer le nombre de fumeurs quotidiens en France. Contrairement à l'EHIS, ce baromètre porte uniquement sur les individus âgés de 18 à 74 ans et interroge différemment les individus sur leur consommation de tabac (avec trois questions successives). Les proportions de fumeurs ainsi obtenus sont bien supérieures à ceux obtenus avec l'EHIS sur le champ des 15 ans ou plus : 24,0 % de fumeurs quotidiens en 2020 selon l'OCDE, contre 17,9 % en 2019 avec 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, l'utilisation de l'EHIS pour analyser ces indicateurs en comparaison internationale est privilégiée.

En 2021, la prévention représente 5,5 % des dépenses de santé en France

Les soins préventifs sont définis dans le Système des comptes de la santé, harmonisé au niveau international (SHA), comme « toute mesure visant à réduire ou éviter le nombre ou la gravité des blessures et des maladies, leurs séquelles et leurs complications ». Ils incluent six catégories de soins dont les définitions peuvent différer selon les pays. Le *tableau 1* résume, pour ces six catégories, les définitions et les principales variations inter pays.

En 2021, les dépenses de prévention représentent en moyenne 6,1 % de la DCSi dans les pays de l'UE-14 (*graphique 5*). Cette part varie fortement entre pays : le Royaume-Uni, l'Autriche et les Pays-Bas affichent les niveaux de dépenses de prévention les plus élevés (respectivement 12,5 %, 10,3 % et 9,6 % de la DCSi). À l'inverse, Malte (1,5 %), la Slovaquie (1,6 %) et plus généralement les pays des NM-13 consacrent une moindre part de leurs dépenses de santé à la prévention (4,5 % en moyenne). En 2021, cette part atteint 5,5 % en France, qui se situe à un niveau

intermédiaire en Europe, au niveau de la Lituanie et du Canada (5,6 % et 5,5 % respectivement).

Certaines dépenses de prévention étant parfois comptabilisées comme des soins curatifs (*tableau 1*), les proportions obtenues ici peuvent ne pas refléter la situation réelle des pays. À titre d'exemple, l'administration des vaccins – hors Covid-19 – par des professionnels de santé n'est pas comptabilisée en France comme des dépenses de prévention, mais comme des soins curatifs (Gmeinder, *et al.*, 2017). Le coût des vaccins, lui, est toutefois bien comptabilisé (*fiche 24*).

Pour la quasi-totalité des pays étudiés, à l'exception du Canada et de Malte, une augmentation significative des dépenses consacrées à la prévention entre 2019 et 2021 est observée. Ce dynamisme des dépenses de prévention s'explique en partie par l'augmentation des dépenses de dépistage et de vaccination contre le Covid-19. Cette proportion a ainsi rapidement augmenté en Autriche (+8,2 pp), au Royaume-Uni (+7,5 pp), au Danemark (+6,7 pp) et aux Pays-Bas (+6,3 pp). En France, la part des dépenses de santé consacrée à la prévention a augmenté de 3,5 pp entre 2019 et 2021.

Tableau 1 Définitions des dépenses de prévention dans SHA

Catégorie	Définition (OCDE, 2011)	Éléments de différence
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	Stratégies, approches et méthodes visant à permettre aux individus de jouer un rôle actif dans le maintien et la protection de leur santé (campagnes d'information)	Cette catégorie inclut uniquement les dépenses qui relèvent du ministère de la Santé et exclut les campagnes financées autrement ¹ . Les conseils personnels sont également exclus et constituent généralement des dépenses de soins curatifs
Programmes de vaccination	Vaccination contre diverses maladies. Les dépenses liées à la consultation sont comptabilisées	Certains pays, notamment la France ² , incluent certaines de ces dépenses dans la catégorie des soins curatifs
Programmes de détection précoce des maladies	Recherche active d'une maladie à un stade précoce de son évolution (dépistage, tests de diagnostic, examens médicaux)	Certains pays incluent les services de laboratoire et d'imagerie dans la catégorie des services auxiliaires ³
Programmes de surveillance des conditions de santé	Surveillance active des conditions de santé. Ces programmes ciblent des groupes (personnes âgées, enfants), des situations (grossesses) ou des domaines de santé spécifiques (contrôles dentaires)	Un large nombre de pays incluent ces dépenses de routine dans la catégorie des soins curatifs
Surveillance épidémiologique	Opérations techniques visant à gérer les connaissances et les ressources dans une optique de prévention et de contrôle	Certains pays incluent ces dépenses, ou une part d'entre elles, dans la catégorie gouvernance et administration du système de santé
Programmes d'intervention en cas de catastrophe d'urgence	Préparation d'une réponse appropriée en cas d'urgence humanitaire, qu'elle soit d'origine humaine ou naturelle	

1. Par exemple, en Suède, les campagnes médiatiques menées par les magasins publics vendant de l'alcool sont exclues. L'Autriche exclut également les dépenses relatives aux programmes d'information scolaire financés par le ministère de l'Éducation. Enfin, l'Estonie exclut la fourniture d'information par l'inspection du travail sur la santé et la sécurité aux entreprises et aux travailleurs.

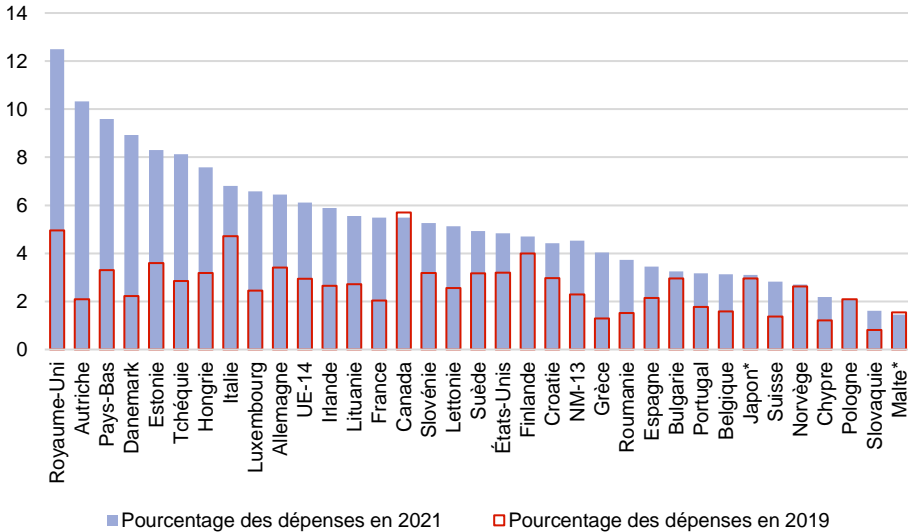
2. En France, l'administration des vaccins – hors Covid-19 – par des professionnels de santé n'est pas comptabilisée comme des dépenses de prévention, mais comme des soins curatifs.

3. En Grèce, Norvège, Slovaquie, Suède notamment. Similairement, la Finlande inclut les programmes de dépistage menés par les centres de soins ambulatoires dans la catégorie des soins curatifs.

Sources > OCDE (2017), A system of Health Accounts (SHA) ; Gmeinder, et al. (2017). How much do OECD countries spend on prevention? Working Paper, 101.

Graphique 5 Dépenses de prévention en 2021 et 2019

En % de la DCSi



* Données 2020 pour Malte et le Japon.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses de prévention représentent 5,5 % de la DCSi.**Sources** > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

La prévention individuelle primaire constitue le premier poste de dépenses de prévention

La prévention individuelle englobe l'ensemble des actions de prévention ciblées sur les individus et les comportements. Elle est dite « primaire » quand elle intervient avant que les effets sur la santé ne se produisent. Sont classiquement intégrés dans cette catégorie les programmes de vaccination et les programmes de suivi de l'état de santé des personnes. La prévention est dite « secondaire » quand elle permet le dépistage des maladies à un stade précoce, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes. Cette catégorie inclut notamment les programmes de dépistages des cancers, des maladies sexuellement transmissibles (MST) et les traitements médicaux préventifs. La prévention collective englobe l'ensemble des programmes de surveillance, de veille et de préparation contre les catastrophes, de sécurité sanitaire, ainsi que les programmes de prévention et d'information menés auprès de la population (politiques de prévention des IST, politiques anti-tabagisme, politique de vaccination, nutrition).

La prévention individuelle primaire constitue le principal poste de dépense de santé dans la majorité des pays européens (graphique 6). Elle est particulièrement importante en Finlande et en Lettonie (84 %), mais tient une moindre place en Slovaquie (12 %) ou en Suisse (13 %). Les programmes de prévention individuelle primaire se répartissent

équitablement entre programmes de vaccination et programmes de suivi de l'état de santé.

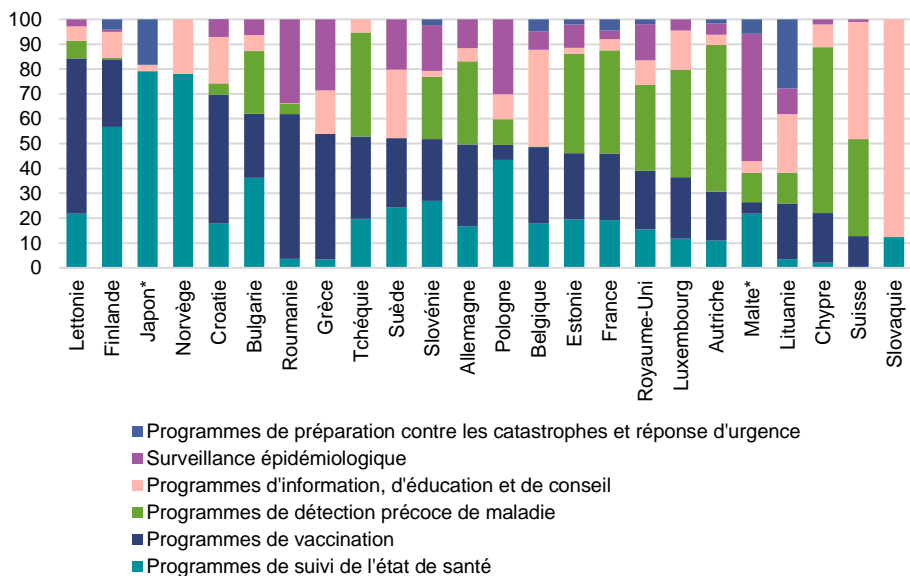
L'intensité de la prévention individuelle secondaire varie fortement d'un pays à un autre : Chypre et l'Autriche affichent les niveaux de dépenses les plus élevés (respectivement 67 % et 59 %). À l'inverse, la Finlande (1 %) et la Roumanie (4 %) consacrent une moindre part de leurs dépenses de prévention à cette catégorie. L'absence de prévention individuelle secondaire en Norvège ou en Belgique laisse supposer que ces deux pays ne font pas de distinction entre la prévention individuelle primaire et secondaire.

Enfin, la prévention collective représente un poste plus faible de la prévention, à l'exception de certains pays et notamment de la Slovaquie (88 %), de Malte et de la Lituanie (62 %). Les programmes de prévention collective se répartissent équitablement entre les programmes d'information et les programmes de surveillance épidémiologique. Les programmes de préparation contre les catastrophes sont un poste mineur de la prévention et représentent de 0 % à 28 % en Lituanie des dépenses de prévention.

En France, le poste de prévention principal est celui de la prévention individuelle primaire (46 %), principalement dédié aux programmes de vaccination (27 %). L'autre moitié des dépenses de prévention se répartit entre les programmes de dépistage (41 %) et les autres formes de prévention collective (13 %). ■

Graphique 6 Dépenses de soins préventifs par poste, en 2021

En % des dépenses de prévention



* Données 2020 pour Malte et le Japon.

Lecture > En France, en 2021, les programmes de prévention individuelle primaire représentent 46 % des dépenses de prévention (19 % pour les programmes de suivi de l'état de santé et 27 % pour les programmes de vaccination), les programmes de prévention individuelle secondaire représentent 41 % des dépenses de prévention et les programmes de prévention collective représentent 12 % des dépenses de prévention (5 % pour les programmes d'éducation, d'information et de conseil, 3 % pour la surveillance épidémiologique et 5 % pour les programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence).

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

Pour en savoir plus

- > **Gmeinder, M., Morgan, D., Mueller, M.** (2017). *How much do OECD countries spend on prevention?* Documents de travail de l'OCDE sur la santé, 101, Éditions OCDE, Paris.
- > **Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête de santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > **OCDE** (2017). *A system of health accounts 2011: revised edition*. Éditions OCDE, Paris. Organisation de coopération et de développement économique, Eurostat et Organisation mondiale de la santé.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2021). *France: profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France, Éditions OCDE. Brussels, Belgique: European Observatory of Health Systems and Policies Edition.
- > **OCDE** (2021). *Panorama des dépenses de santé*. Éditions OCDE, Paris. Organisation de coopération et de développement économique.
- > **OCDE/Eurostat** (2022). *Avoidable mortality*. OCDE/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death.
- > **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, pp. 273-281.

Les restes à charge des ménages sur les soins dentaires varient fortement entre les pays étudiés, de 13 % en France à 100 % en Grèce. La part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires, publics et privés, est inférieure à 50 % dans la plupart des pays.

Le motif financier est le premier avancé pour expliquer le renoncement aux soins dentaires. Celui-ci est d'ailleurs sensiblement plus élevé pour les ménages les plus modestes. Par rapport aux autres pays, le renoncement aux soins dentaires est élevé en France, même s'il diminue nettement en 2021, vraisemblablement sous l'effet du 100 % santé.

La densité de dentistes varie nettement entre pays européens, même si la plupart présentent une augmentation des effectifs de dentistes ces dix dernières années.

Une prise en charge partielle des soins dentaires par les régimes obligatoires très hétérogène entre pays

Dans la plupart des pays étudiés, les soins dentaires ne sont que partiellement pris en charge par les régimes obligatoires (publics ou privés).

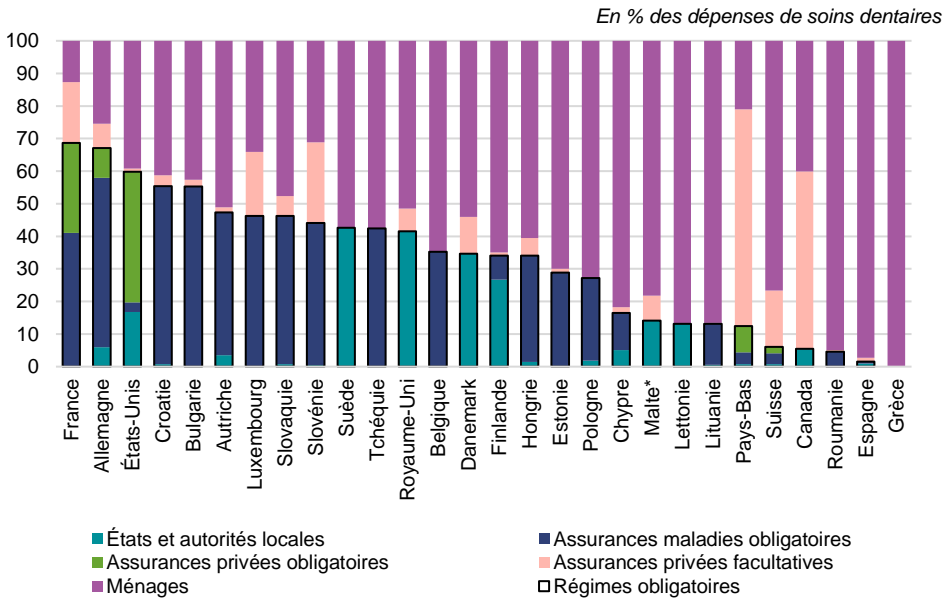
La part financée par un régime obligatoire atteint 50 % des dépenses de soins dentaires dans cinq pays uniquement : la France, l'Allemagne, les États-Unis, la Croatie et la Bulgarie [graphique 1]. À l'inverse, cette part est inférieure à 10 % en Suisse, au Canada, en Roumanie, en Espagne et en Grèce.

La prise en charge par les assurances facultatives est par ailleurs globalement faible, à l'exception des Pays-Bas et du Canada (respectivement 67 % et 55 % des dépenses de soins dentaires).

Le reste à charge (RAC) moyen des ménages est quant à lui extrêmement hétérogène : il varie de près de 100 % en Grèce et 97 % en Espagne à seulement 13 % en France.

Ces moyennes nationales peuvent néanmoins cacher des disparités importantes entre sous-populations, notamment entre adultes et enfants, ces derniers pouvant bénéficier de programmes gratuits dans certains pays. Les pays d'Europe du Nord ciblent ainsi de manière prioritaire les enfants, via des couvertures gratuites, les adultes bénéficiant de couvertures plus ou moins avantageuses selon le pays. En Suède, par exemple, si les soins bucco-dentaires des moins de 20 ans sont pris en charge à 100 % par le régime d'assurance obligatoire, le RAC reste élevé pour les adultes (Carlac'H, *et al.*, 2018).

Enfin, le RAC élevé observé dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est est en partie expliqué par le modèle de couverture réduite qui existe dans ces pays, lié à des difficultés économiques et des investissements moindres dans le domaine de la santé (Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales, 2021).

Graphique 1 Les dépenses de soins dentaires, par type de financement en 2021

* Données 2020.

Lecture > En 2021, en France, les dépenses de soins dentaires sont financées à 69 % par les régimes publics ou privés obligatoires, à 19 % par les régimes privés facultatifs et à 13 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes nationaux de la santé (France) ; OCDE, statistiques sur la santé.

Un renoncement pour motif financier prépondérant

En 2021, le taux de renoncement aux soins dentaires varie de 13,2 % de la population âgée de 16 ans ou plus au Portugal, à 0,6 % aux Pays-Bas (*graphique 2*). Néanmoins, la comparaison des taux de renoncement aux soins entre pays est délicate, en raison de différences de formulation de questions qui peuvent affecter les résultats (*encadré 1*).

Parmi les pays qui ont une formulation parfaitement identique à la France, la Lettonie a le taux de renoncement le plus important (12,2 %), devant la France (9,1 %) et la Roumanie (6,0 %) ; à l'inverse, le renoncement déclaré est plus faible en Pologne (2,7 %) et au Luxembourg (1,8 %).

Le renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières est de loin le motif le plus souvent évoqué

Toutes méthodologies confondues, parmi les différents motifs de renoncement aux soins dentaires, le renoncement pour motif financier est très largement cité (*graphique 3*) : en 2021, il représente de près de 6 % des motifs de renoncement en Slovénie et en Finlande à 73 % en Espagne. Ce motif de renoncement est également très fort en Italie et à Chypre (71 %).

Globalement, le motif financier est d'autant moins fréquemment cité que le RAC est faible, à l'exception de la France où, bien que le RAC soit le plus faible des

pays étudiés, le renoncement pour motif financier est élevé. Il s'établit ainsi à 47 % en 2021, après 70 % en 2020. Cette baisse sensible (-23 points de pourcentage [pp]) peut notamment s'expliquer par le 100 % santé, qui a abaissé le RAC des ménages sur les paniers de soins dentaires proposés par la réforme – et dont les effets semblent ainsi se concrétiser en 2021 (DREES, 2022).

En Allemagne, le taux de renoncement pour motif financier s'établit à 30 % et s'explique en partie par le fait que les tarifs de soins dentaires sont encadrés et que seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les adultes âgés de 18 ans ou plus (Carlac'H, *et al.*, 2018).

La distribution des autres motifs de renoncement est relativement disparate entre les pays, les listes d'attente constituant le principal motif de renoncement aux soins en Slovénie et en Finlande (respectivement 70 % et 64 % des motifs). La peur du médecin est également citée dans 18 % des cas en Autriche et en Tchéquie, et 17 % des Néerlandais qui renoncent à des soins dentaires préfèrent attendre de voir si le problème se résout de lui-même. Enfin, la distance est le motif le moins souvent cité, à l'exception de l'Autriche.

Des inégalités d'accès fortes, corrélées aux revenus

En Grèce, où les ménages supportent l'essentiel des dépenses de soins dentaires, 10 % des personnes du premier quintile de revenu déclarent renoncer aux soins pour des motifs financiers en 2021 ; parmi les 20 % les plus aisés, cette proportion est inférieure à 1 % (graphique 2). À l'instar de la Grèce, le renoncement aux soins pour motif financier est très faible parmi les plus aisés dans la plupart des pays européens, mais varie fortement pour les plus modestes.

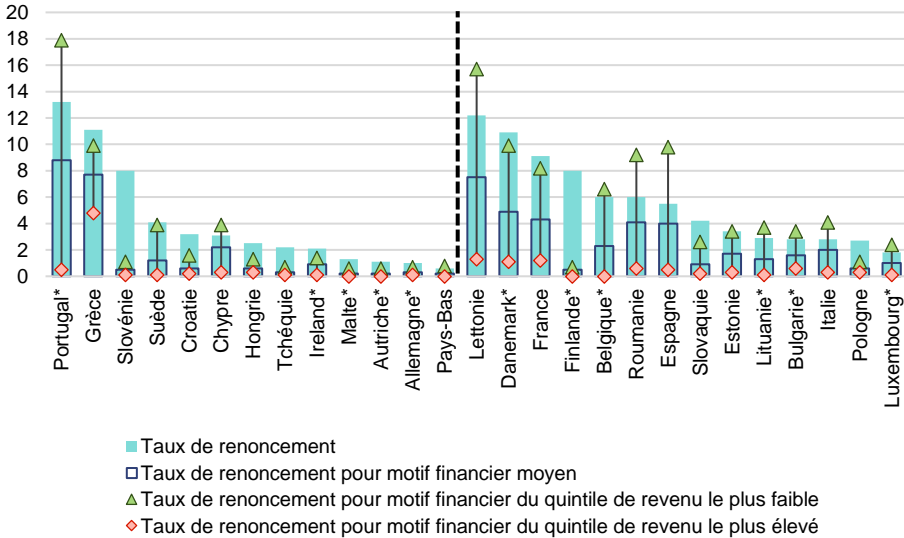
En France en 2021, si 1,2 % des enquêtés appartenant au quintile de revenu le plus élevé déclarent renoncer aux soins dentaires pour des raisons financières, ce chiffre atteint 8,2 % de ceux appartenant au quintile de revenu le plus faible (4,3 % en

moyenne). Ces disparités s'expliquent en partie par le fait que le système de santé bucco-dentaire français est principalement libéral, offrant peu d'alternatives aux patients en situation de précarité économique. La pratique libérale implique en effet des difficultés d'application du tiers payant, sauf pour les bénéficiaires de la CSS (voir glossaire). Afin de réduire les inégalités en termes de santé dentaire, la France a mis en place le 100 % santé qui permet, depuis le 1^{er} janvier 2020, d'être entièrement remboursé par l'Assurance maladie et les mutuelles complémentaires sur les bridges et les couronnes dentaires. Au 1^{er} janvier 2021, cette offre a été élargie aux dentiers et aux prothèses amovibles (DREES, 2022).

Graphique 2 Taux de renoncement aux soins dentaires en 2021

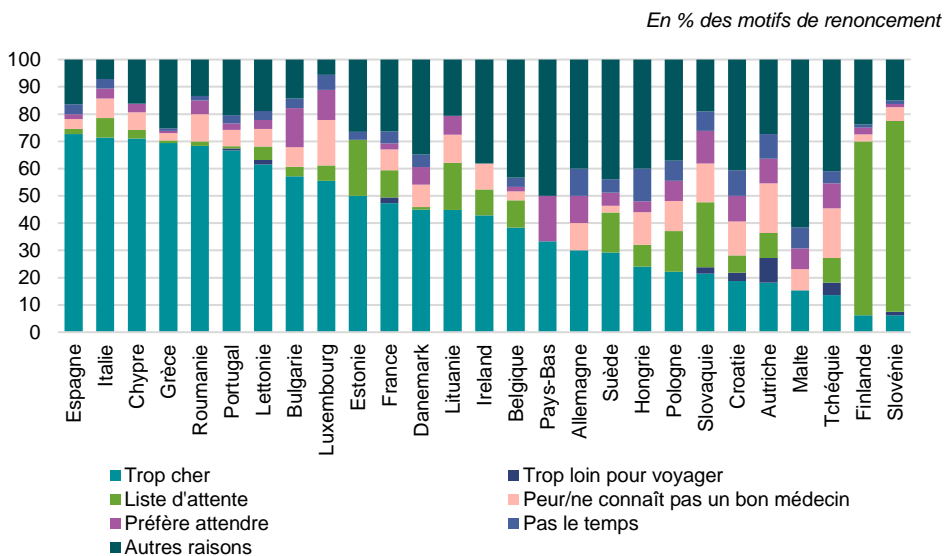
En % de la population âgée de 16 ans ou plus

Pays posant trois questions (à gauche), pays posant deux questions (à droite)



* Pays précisant dans la question « examens indispensables ou vraiment nécessaires ».
Lecture > En 2021, en France, 9,1 % des personnes âgées de 16 ans et plus ont renoncé à des soins dentaires dont 4,3 % pour des raisons financières. 8,2 % des personnes du premier quintile de revenu (c'est-à-dire les 20 % aux revenus les plus bas) déclarent renoncer aux soins dentaires pour raisons financières, contre 1,2 % parmi le dernier quintile de revenu.
Champ > Personnes âgées de 16 ans ou plus.
Source > Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE).

Graphique 3 Taux de renoncement aux soins dentaires, par motif de renoncement en 2021



Lecture > En 2021, en France, parmi les Français ayant renoncé à des soins dentaires, 47 % l'ont fait pour des raisons financières, 2 % pour des raisons de distance, 10 % à cause des listes d'attente, 8 % par peur du médecin ou parce qu'ils ne connaissent pas de bon médecin, 2 % car ils préfèrent attendre de voir si le problème se résout de lui-même, 4 % par manque de temps et 26 % pour d'autres raisons.

Champ > Personnes âgées de 16 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE).

Encadré Différentes formulations des questions sur le renoncement aux soins dans l'Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie

Le renoncement aux soins renvoie à un besoin de soins non satisfait (Després, *et al.*, 2011). Il s'agit d'une forme particulière de non-recours, car il suppose l'identification préalable d'un besoin de soins. De ce fait, le renoncement aux soins est nécessairement subjectif. En outre, les opinions sur le renoncement aux soins s'inscrivent dans des contextes culturels et institutionnels très variés (Lafortune, Devaux, 2011).

Le renoncement aux soins est mesuré *via* l'Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SILC ; SRCV en France) ; cette enquête est harmonisée au niveau européen, néanmoins, sur le renoncement aux soins, il existe plusieurs formulations, ce qui nuance la comparabilité des résultats.

Dans de nombreux pays, 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 eu besoin. On considère alors que la personne a renoncé à des soins si elle répond négativement à cette deuxième question. Une troisième question interroge alors les enquêtés sur la raison principale les ayant conduits à renoncer à des soins. Ceux-ci doivent renseigner un unique motif parmi les propositions suivantes : n'en a pas les moyens ; délais trop longs 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, peur du médecin, de faire des examens ou de se faire soigner ; a préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes ; ne connaît pas de bon médecin ; autres raisons.

Au sein de l'UE-27, treize pays interrogent les individus sur le renoncement aux soins avec ce système de trois questions, dont la première question filtre permet d'identifier les besoins des individus : l'Allemagne, l'Autriche, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Suède, Chypre, Malte, la Tchéquie, la Slovaquie, la Hongrie et la Croatie. Les pays restants, dont la France, questionnent directement les individus sur le besoin de soins non satisfait, sans préalablement interroger sur le besoin d'examen ou de traitement médical.

En outre, parmi les quatorze pays qui posent deux questions, seuls sept sont parfaitement comparables à la France dans la façon de poser la question relative aux soins : l'Italie, l'Espagne, la Roumanie, la Slovaquie, la Lettonie, la Pologne et l'Estonie. Les autres pays 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. Cela incite donc à la prudence dans la comparaison entre taux de renoncement aux soins.

Performance des systèmes de santé en dentaire

En 2021, en moyenne, le nombre de dentistes s'établit à 76 pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-14 et à 89 pour 100 000 habitants dans les NM-13 (*graphique 4*). La France se situe en dessous de la moyenne de l'UE-14 avec une densité de 66 dentistes pour 100 000 habitants¹, au même niveau que le Canada (65 dentistes) et l'Autriche (62 dentistes). Le nombre de dentistes en Slovaquie (53) et aux États-Unis (61) est peut-être surestimé, car ces pays comptabilisent l'ensemble des dentistes professionnellement actifs, même s'ils n'exercent pas.

De manière générale, dans les pays scandinaves et en Allemagne, la densité de dentistes est élevée (respectivement 93, 86, 77 et 74 dentistes pour

100 000 habitants en Norvège, en Allemagne, en Suède et en Finlande).

La majorité des pays d'Europe de l'Est et du Sud, pour la plupart encore en phase de structuration en termes d'accès et de prise en charge des soins dentaires, bénéficient d'un nombre important de professionnels, mais exerçant pour la plupart sans auxiliaires (OMPL, 2021). La Bulgarie, la Lituanie et la Roumanie ont ainsi respectivement 110, 105 et 103 dentistes pour 100 000 habitants. D'autres pays d'Europe de l'Est présentent toutefois des densités de dentistes bien plus faibles : respectivement 71 et 72 dentistes pour 100 000 habitants en Hongrie et en Lettonie. Les pays d'Europe de l'Ouest ont, quant à eux, une position médiane en Europe.

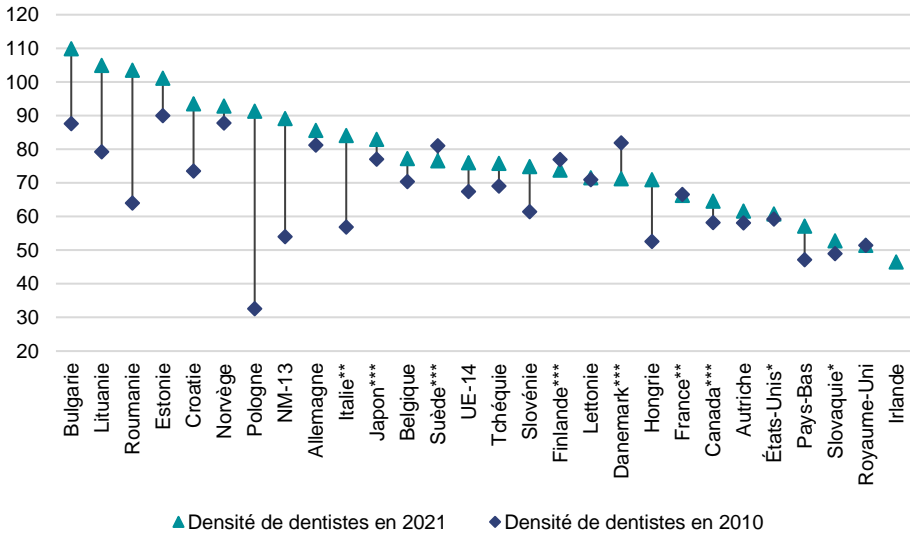
La densité de dentistes a augmenté entre 2010 et 2021 dans la quasi-totalité des pays étudiés, à l'exception de la France, de la Finlande, de la Suède et du Danemark. ■

¹ Le *Dossier de la DREES* (DD) 76 (Anguis, *et al.*, 2021) indique une densité de 62 dentistes pour 100 000 habitants. Cette différence de 4 dentistes pour 100 000 habitants entre les deux publications s'explique pour les raisons suivantes : (1) la période de référence diffère

entre les deux publications, (2) dans le DD les stomatologues sont comptabilisés comme des médecins et non comme des dentistes ; (3) enfin, dans le DD, seuls les professionnels de moins de 70 ans sont comptabilisés.

Graphique 4 Densité de dentistes en exercice en 2010 et 2021

Pour 100 000 habitants



▲ Densité de dentistes en 2021

◆ Densité de dentistes en 2010

* Si dans la plupart des pays, les données comptabilisent les dentistes en exercice, en Slovaquie et aux États-Unis, les données couvrent les dentistes professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. ** C'est également le cas de l'Italie et de la France pour les données 2010. *** Données 2020.

Note > La moyenne de l'UE-14 est calculée sur 10 pays (hors Espagne, Luxembourg, Portugal et Grèce) ; la moyenne des NM-13 est calculée sur 11 pays (hors Chypre et Malte).

Lecture > Entre 2010 et 2021, en France, la densité de dentistes est passée de 67 dentistes pour 100 000 habitants en 2010 à 66 en 2021.

Source > OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.
- > **Carliac'H, D., Ouardirhi, M., Romeo, K.** (2018, février). Organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. DREES, *Document de travail*, série « études et recherche », 136.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (dir.)** (2022). *Les dépenses de santé en 2021 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F.** (octobre, 2011). Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique. Irdes, *Question d'économie de la santé*, 169.
- > **Lafortune, G., Devaux, M.** (2011). *Accès financier aux soins de santé : enseignements et limites des comparaisons internationales. Renoncement aux soins – actes de colloque*. DREES, coll. Études et Statistiques, pp. 21-36.
- > **Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales** (2021). *L'équipe dentaire en Europe*.

En 2020 et 2021, les dépenses hospitalières augmentent fortement dans la quasi-totalité des pays étudiés, du fait de la crise sanitaire. En 2021, cette hausse est particulièrement élevée à Chypre, en Lettonie et en Croatie. La France consacre 3,3 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins courants à l'hôpital, un peu plus que la moyenne des pays de l'UE-14 (3,1 %). 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-14 (2,9 lits contre 3,2 pour 1 000 habitants) et la durée d'hospitalisation en soins aigus est parmi les plus basses d'Europe (5,6 jours contre 6,6 en moyenne dans les pays de l'UE-14).

Dans la partie France des comptes de la santé, les dépenses de santé hospitalières correspondent aux dépenses réalisées par les hôpitaux¹ hors soins de longue durée, achats de masques pour les hôpitaux et médicaments de rétrocession.

Dans un objectif de comparaison 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. Concrètement, les fonctions spécifiques de dépenses « soins courants en hospitalisation de jour » et « soins courants dans le milieu hospitalier » (*encadré*) ont été isolées parmi les dépenses de soins courants.

En 2021, les dépenses hospitalières augmentent de nouveau fortement du fait de la crise sanitaire

Les dépenses hospitalières en forte hausse pour la deuxième année consécutive...

Dans la totalité des pays étudiés, les dépenses hospitalières ont augmenté en 2021 en raison de la crise sanitaire du Covid-19 (*graphique 1*). Pour dix d'entre eux (sur 31), l'augmentation a même dépassé 10 % (+50,9 % à Chypre, +34,7 % en Lettonie, et +33,2 % en Croatie).

Les dépenses hospitalières avaient déjà fortement augmenté dans la quasi-totalité des pays en 2020, à l'exception de la Finlande, de la Slovaquie, de la Pologne et de la Suisse, dans des proportions similaires (11 pays affichaient des taux de croissance supérieurs à 10 %).

En France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 6,0 % en 2021 (après +6,3 % en 2020). Cette accélération en 2021 coïncide avec un rebond du volume d'activité à l'hôpital et avec les revalorisations salariales mises en œuvre lors du Ségur de la santé, conjointement à une baisse du montant des mesures salariales exceptionnelles qui avaient été mises en place dans le cadre de la gestion de la

crise sanitaire. Les cliniques privées ont également bénéficié d'un rebond de leur activité, de revalorisations tarifaires en 2021 afin de compenser les hausses de salaires liées au Ségur, ainsi que d'une garantie de financement.

En Allemagne, les dépenses hospitalières augmentent de 0,7 % en 2021, mais après une augmentation de 9,5 % en 2020 et une croissance soutenue entre 2010 et 2019 (+3,6 % par an en moyenne).

... après une période de faible croissance, voire de stagnation, des dépenses hospitalières

Les rythmes d'accroissement observés en 2020 et 2021 sont globalement nettement supérieurs à ceux observés avant la crise sanitaire (*graphique 1*) : entre 2010 et 2019, la croissance des dépenses hospitalières était en moyenne de 1,8 % par an dans les pays de l'Union européenne à 14 (UE-14) [*voir glossaire*]. Sur cette période, les dépenses hospitalières avaient augmenté sensiblement moins en France (+0,2 % par an en moyenne) ; à l'inverse, elles avaient augmenté de 4,5 % par an en moyenne en Belgique.

En Grèce, les dépenses hospitalières avaient même baissé entre 2010 et 2019, consécutivement à la crise économique de 2008 (-3,3 % par an). Avec la crise sanitaire, les dépenses sont toutefois reparties à la hausse dans ce pays (+5,6 % en 2021).

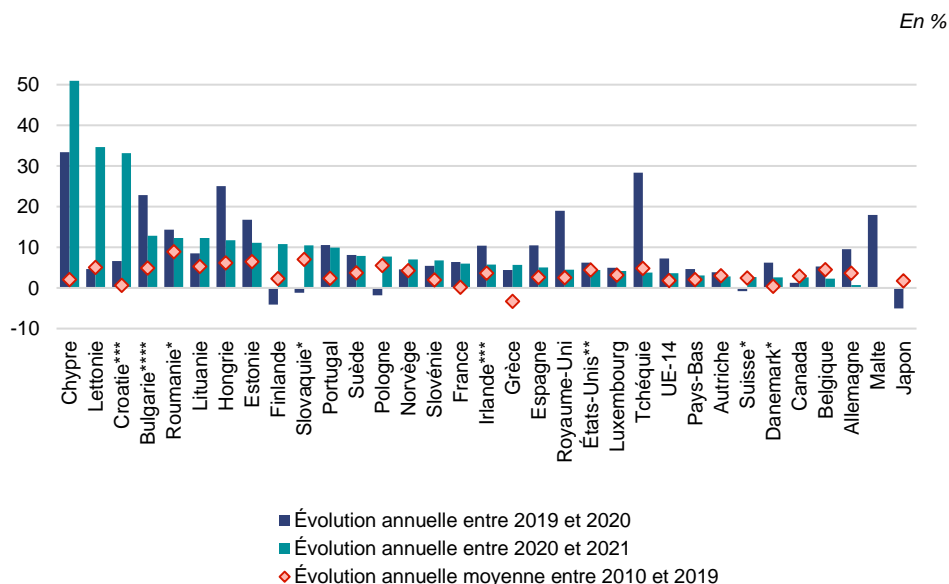
Si à l'instar de la Grèce, l'Espagne et le Portugal ont maîtrisé leurs dépenses hospitalières à la suite de la crise économique de 2008, ils ont nettement relancé leur consommation ces dernières années, et de façon encore plus prononcée en 2020 et 2021 : respectivement +10,5 % et +5,1 % en Espagne et +10,6 % et +10,0 % au Portugal.

¹ Dans la nomenclature du System of Health Accounts (SHA), les hôpitaux correspondent à un prestataire de santé (*voir annexe 1*).

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).

Graphique 1 Évolution des soins courants à l'hôpital en 2021, en 2020 et entre 2010 et 2019



* En milieu hospitalier uniquement ; ** 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 ; *** Évolution 2011-2019 ; **** Évolution 2012-2019.

Note > Pour l'évolution annuelle moyenne entre 2010 et 2019, la moyenne des NM-13 a été calculée hors Malte.

Lecture > En 2021, en France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 6,0 %, après +6,3 % en 2020. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 0,2 % par an en moyenne.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Dans la quasi-totalité des pays étudiés, un financement des hôpitaux majoritairement public

Dans la très grande majorité des pays étudiés, plus de 80 % 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.

L'assurance privée (obligatoire ou facultative) participe au financement de ces soins pour plus de 10 % dans seulement quatre pays de l'OCDE : en Suisse (47 %), aux États-Unis (41 %), en Irlande (22 %) et

aux Pays-Bas où elle finance la quasi-totalité des frais hospitaliers (86 %)¹.

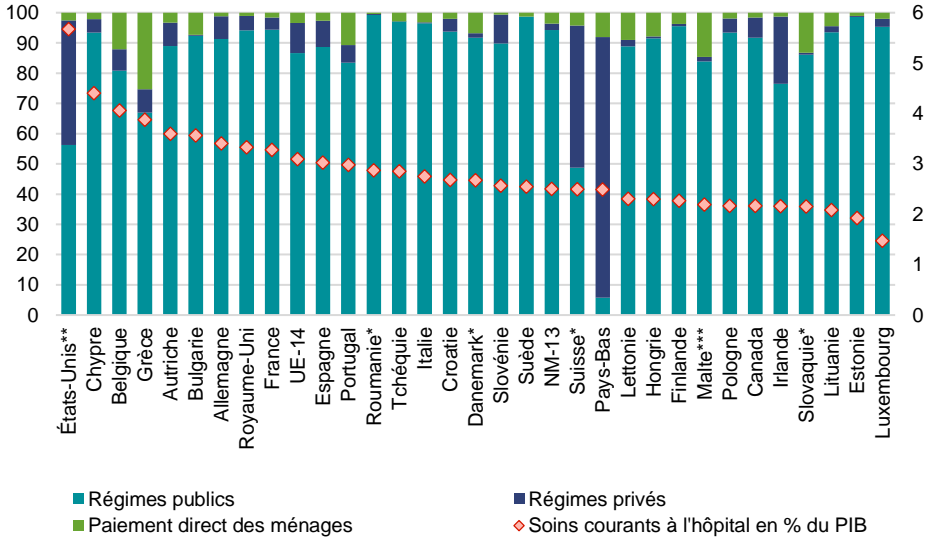
Après financement de l'État, des assurances maladie et des assurances privées obligatoires, le reste à charge (RAC) des ménages est très faible pour les soins courants à l'hôpital : il est inférieur à 10 % dans la très grande majorité d'entre eux. Il reste néanmoins élevé en Grèce (25 %), en Belgique (12 %), au Portugal (11 %), à Malte (15 %) et en Slovaquie (13 %). Le RAC des ménages est en revanche quasiment nul en France (1,6 %), en Allemagne (1,1 %) et au Royaume-Uni (1,1 %) en 2021.

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.

Graphique 2 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2021 par habitant

En % des dépenses de soins courants à l'hôpital (à gauche) et en % du PIB (à droite)



* En milieu hospitalier uniquement ; ** Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (voir annexe 1), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital ; *** Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses de soins courants à l'hôpital représentent 3,3 % du PIB, dont 94 % financées par des régimes publics, 4 % par des régimes privés et 2 % par le reste à charge des ménages.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les dépenses de soins courants à l'hôpital par habitant varient largement entre les pays étudiés, mais les volumes de soins semblent converger

Les États-Unis ont des dépenses de soins courants en euros deux fois supérieures au reste des pays étudiés

En 2021, la France consacre 1 220 euros par an et par habitant pour les soins courants hospitaliers (en euros courants). C'est moins que l'Allemagne (1 470 euros) et beaucoup moins que les États-Unis (3 950 euros), mais un peu plus que le Royaume-Uni, la Finlande, l'Espagne (respectivement 1 120, 1 030 et 770 euros par habitant et par an) et que les NM-13 (370 euros en moyenne par habitant et par an) [graphique 3]. De manière générale, les écarts entre les pays sont très élevés : la consommation de soins hospitaliers aux États-Unis est ainsi près de 3,2 fois supérieure à celle de la France.

Une réduction significative des différences pour les dépenses hospitalières exprimées en PPA santé

Cet indicateur en euros courants ne permet toutefois 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 de corriger les différences de prix des produits et services hospitaliers et d'apprécier les différences de volume de soins consommés à l'hôpital dans les pays étudiés, les dépenses de soins hospitaliers ont été exprimées en parités de pouvoir d'achat, restreintes au domaine hospitalier (PPA services hospitaliers¹) [voir glossaire]. Cette correction réduit les différences entre les pays : les pays qui pratiquent les prix les plus élevés en euros courants (États-Unis, Norvège, Suisse) et ceux qui pratiquent les prix les plus faibles (Lettonie, Pologne, Bulgarie) convergent vers des niveaux plus proches de volumes de soins. À titre d'exemple, la prise en compte des prix relativement élevés pratiqués aux États-Unis réduit l'écart avec la France (pays de référence dans notre analyse), même si les États-Unis restent les plus grands consommateurs

¹ Cette mesure consiste à identifier un panier de biens et services de services hospitaliers standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant, afin de tenter de mesurer et de neutraliser les

différences de consommation et de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers.

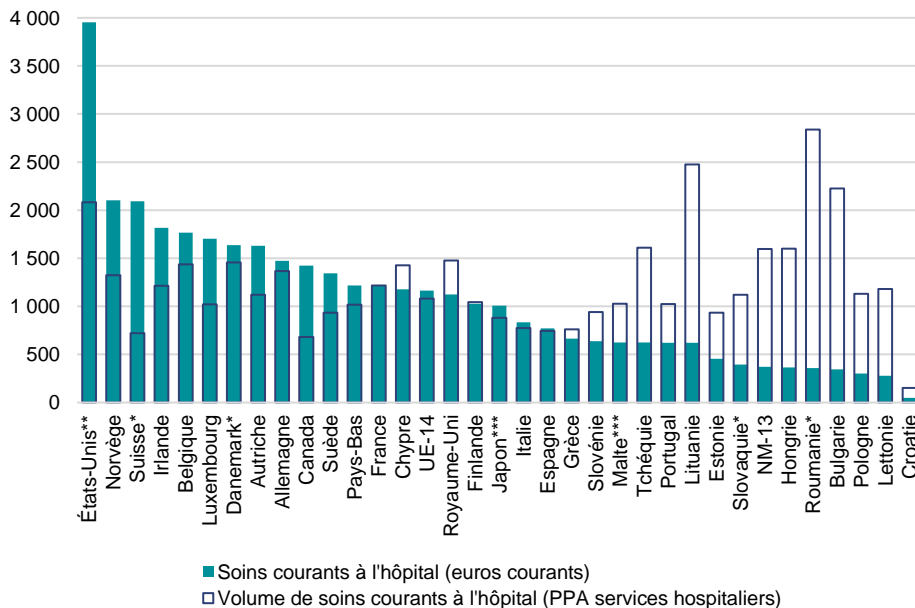
de services de santé hospitaliers parmi les pays étudiés. Ainsi, si les dépenses de soins hospitaliers par habitant aux États-Unis sont 3,2 fois supérieures à celles de la France, ce ratio diminue à 1,7 fois en corrigeant des PPA santé (2 080 euros PPA santé aux États-Unis contre 1 220 euros PPA santé par habitant et par an en France), soit une réduction de l'écart initial de près de la moitié.

D'autre part, si les NM-13 consacrent en moyenne 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 est en termes de vo-

lume de soins hospitaliers consommés est marginale : ils bénéficient ainsi d'un volume de soins relativement similaire (respectivement 1 220 et 1 600 euros en PPA services hospitaliers en France et en moyenne dans les NM-13). En pratique, les différences observées en euros courants entre la France et les NM-13 sont majoritairement dues au faible coût de la main-d'œuvre dans les pays d'Europe centrale et orientale. 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 nécessairement plus faibles.

Graphique 3 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2021 par habitant et volume de soins

En euros courants et en PPA services hospitaliers par habitant



* En milieu hospitalier uniquement ; ** Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (voir annexe 1), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital ; *** Données 2020.

Note > 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 2021, chaque habitant consomme 3 950 euros courants et 2 080 euros en PPA services hospitaliers (voir 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, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; calculs DREES.

Une offre d'hospitalisation répartie entre hôpitaux publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif

Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. En Europe, trois types de structure sont possibles pour les hôpitaux : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés sans but lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations) et les hôpitaux privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjours avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en grande partie proposée par des institutions hospitalières sans but lucratif dans les pays 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).

La répartition des lits entre le public et le privé diffère toutefois selon le pays. La majorité des pays fonde la quasi-totalité de leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics : au Royaume-Uni, au Canada, en Slovaquie, en Lituanie, en Croatie, en Finlande, en Estonie, en Danemark et en Lettonie les établissements publics offrent plus de 90 % des lits d'hôpitaux (contre 61 % en France). Aux Pays-Bas, en Belgique et aux États-Unis, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui mettent à

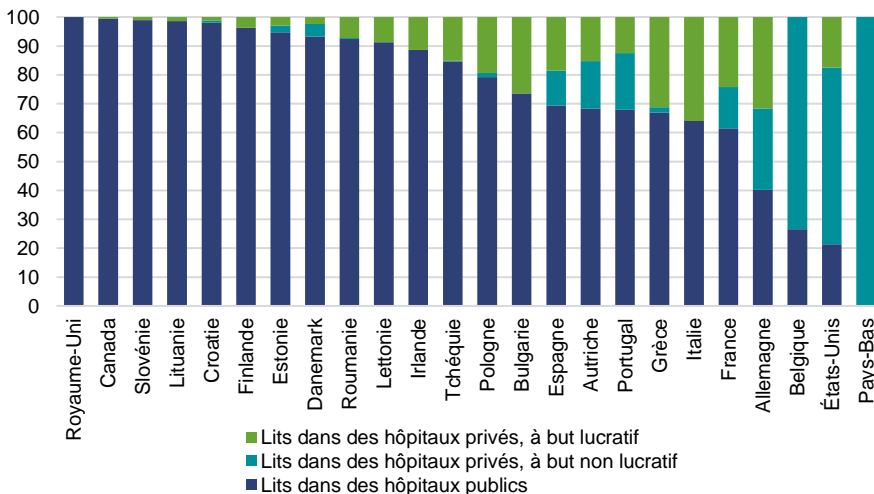
disposition le plus de lits (respectivement 100 %, 73 % et 61 %). Les Pays-Bas ont ainsi confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif. Le reste des pays s'appuie à la fois sur le secteur public et le secteur privé.

Par ailleurs, 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 Italie, en Allemagne, en Grèce, en Bulgarie et en France : dans ces pays, respectivement 36 %, 32 %, 31 %, 26 % et 24 % des lits sont proposés par des institutions privées à but lucratif, témoignant ainsi de grandes disparités au sein de l'Europe en matière de gestion de l'offre de lits.

Si l'État régule l'offre hospitalière dans la plupart des pays, de nouveaux statuts apparaissent en Europe et favorisent une autonomie de gestion des établissements de santé plus ou moins étendue (Haute autorité de santé, 2009). En Allemagne, depuis le début des années 2000, les *Länder* et les communes – qui avaient traditionnellement la charge de l'infrastructure hospitalière – se désengagent de plus en plus souvent de la gestion des hôpitaux au profit de compagnies privées à cause de difficultés économiques (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits selon la structure hospitalière en 2021

En %



Lecture > En France, en 2021, 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.

Sources > OCDE, Eurostat, statistiques sur la santé : Ressources en santé (Healthcare resources, OCDE).

Une recherche d'efficacité accrue des pays de l'OCDE dans l'hospitalisation : moins de lits et de plus faibles durées d'hospitalisation

Un nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants très variable entre les pays

En 2021, le nombre de lits de soins aigus (*encadré*) pour 1 000 habitants s'établit à 3,2 en moyenne dans les pays de l'UE-14 ; 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 la Bulgarie (6,7 lits) et l'Allemagne (5,8 lits pour 1 000 habitants en 2021). De manière générale, les NM-13 disposent d'un nombre de lits de soins aigus par habitant plus élevé que la moyenne des pays de l'UE-14 (4,3 lits, contre 3,2 lits pour 1 000 habitants). À l'inverse, les pays du nord de l'Europe et ceux bénéficiant d'un service national de santé ont en moyenne moins de lits pour 1 000 habitants : respectivement 1,5, 1,9, 2,0 et 2,2 en Suède, au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas. Si le nombre de lits en soins aigus donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés, il n'est néanmoins pas l'indicateur d'efficacité le plus pertinent pour évaluer l'organisation et la qualité des soins. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont contribué au développement de la chirurgie ambulatoire (virage ambulatoire), ce qui a permis de réduire le nombre de lits. Cette diminution s'inscrit aussi dans une stratégie plus vaste de réduction du nombre d'hospitalisations ces dernières années. Ces innovations permettent de diminuer certaines dépenses hospitalières en limitant le nombre de lits nécessaires ou en raccourcissant la durée des séjours. 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 amygdalotomies illustrent ce point : en 2020, en France, 97 %

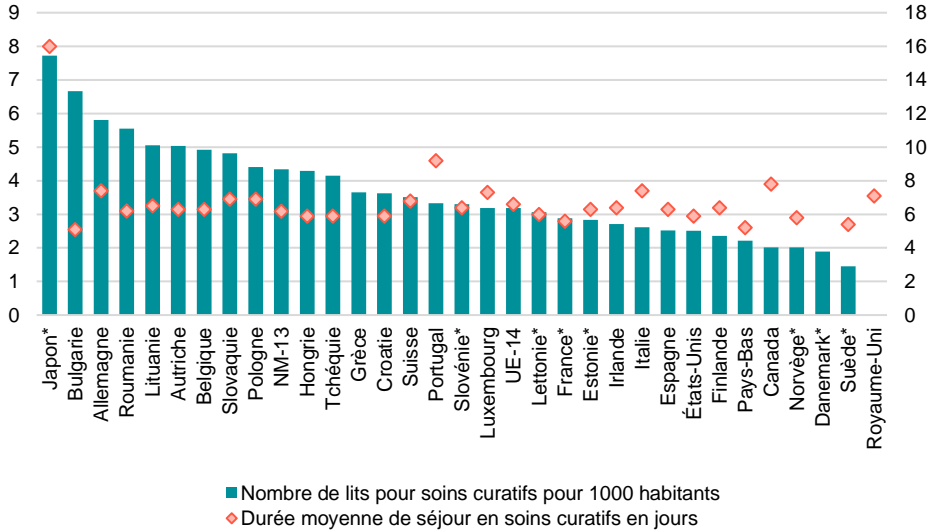
des opérations de la cataracte et 41 % des amygdalotomies sont réalisées avec une hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuit à l'hôpital). Cette part varie entre 60 % et 70 % pour la chirurgie de la cataracte et est proche de 0 % pour la chirurgie des amygdales dans certains pays d'Europe de l'Est (et notamment la Lituanie et la Hongrie qui comptent respectivement 5,1 et 4,3 lits pour 1 000 habitants). 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. Avec 5,8 lits pour 1 000 habitants, l'Allemagne n'a pas opéré jusqu'à présent un virage ambulatoire à la hauteur de celui réalisé en France.

Des durées moyennes d'hospitalisation plus homogènes, malgré quelques exceptions

La durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est également considérée comme un indicateur pertinent d'efficacité du système hospitalier, les séjours de trop longue durée pouvant résulter d'une mauvaise coordination des soins. En 2021, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus en France est de 5,6 jours (*graphique 5*). Cette durée est similaire à celle des Pays-Bas (5,2 jours) et de la Suède (5,4 jours) mais elle est inférieure à la moyenne des pays de l'UE-14 (6,6 jours). La durée d'hospitalisation en Allemagne est supérieure à celle observée en France (7,4 jours). 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 de leur système de santé (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Enfin, la durée moyenne de séjour particulièrement élevée au Japon (16 jours) s'explique par une prise en charge forte de la dépendance sévère dans ce pays et par une hausse du rôle des hôpitaux ayant une fonction similaire à des établissements de soins de longue durée (*fiche 36*). ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2021

Nombre de lits pour 1 000 habitants (axe de gauche) et durée moyenne de séjour en jours (axe de droite)



* Pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

Lecture > En 2020, l'Allemagne 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, statistiques sur la santé : Ressources en santé (Healthcare resources, OCDE).

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, de réadaptation et psychiatriques.
- > 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 **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 **lits d'hôpital** correspondent aux lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, 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, hors lits des établissements de soins de longue durée.
- > Les **lits de soins aigus** sont des lits réservés aux soins curatifs, hors soins palliatifs, soins de longue durée, ou soins de suite et de réadaptation. Ils sont différents des lits de soins intensifs, ensemble plus restreint qui concerne des prises en charge plus lourdes pour des patients en état critique. En théorie, les séjours en psychiatrie ne sont inclus que s'ils correspondent à des soins curatifs. Toutefois, de nombreux pays, n'arrivent pas à faire la distinction entre soins curatifs et soins non curatifs pour les lits en psychiatrie, ces séjours sont traités de manière hétérogène. Ainsi, la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède incluent l'ensemble des soins psychiatriques dans cette catégorie, qu'ils soient curatifs ou non. Pour d'autres 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, mars). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020: Principales resultados*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad.
- > **Haute autorité de santé** (2009). *Le recours à l'hôpital en Europe*. Rapport d'évaluation. Argumentaire.
- > **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 ? *Revue française des affaires sociales*, 4, pp. 31-59.
- > **INE** (2022, juillet). *Despesa corrente em saúde aumentou 12,2 % em 2021, atingindo 11,2 do PIB. Destaque*, Instituto Nacional de Estatística (INE).
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2019). *Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris, France : Éditions OCDE ; Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies Edition.

Les dépenses pharmaceutiques varient fortement d'un pays à l'autre. Elles sont relativement élevées aux États-Unis, au Canada et en Allemagne, en pourcentage du PIB et en euros courants. La France occupe une place intermédiaire en Europe, mais au-dessus de la moyenne des pays de l'UE-14. En France, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est parmi les plus faibles d'Europe (12 % en 2021), les régimes obligatoires prenant en charge la majorité des dépenses. Durant la crise sanitaire, la consommation de médicaments à l'hôpital a fortement diminué et cette baisse perdure depuis dans la majorité des pays. Enfin, la part des médicaments génériques est en augmentation depuis dix ans, notamment en France (+16 points de pourcentage entre 2012 et 2022).

En France, en 2021, les dépenses pharmaceutiques par habitant sont stables et proches de la moyenne de l'UE-14

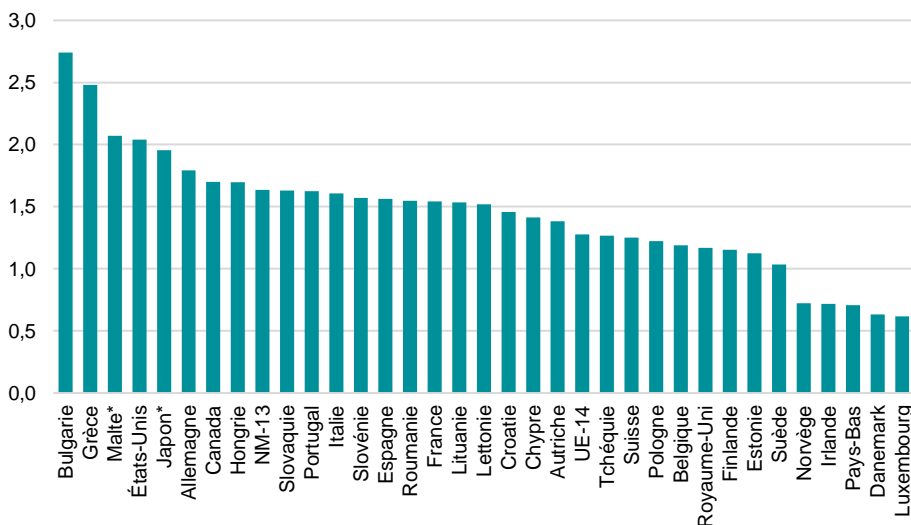
Les dépenses pharmaceutiques sont particulièrement élevées dans les pays d'Europe de l'Est et du Sud

En 2021, au sein des pays de l'OCDE, les dépenses pharmaceutiques représentent de 0,6 % du produit intérieur brut (PIB) au Luxembourg et au Danemark à 2,7 % en Bulgarie (*graphique 1, encadré 1*). La France consacre 1,5 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques ; elle se situe légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'Union

européenne à 1,4 (UE-14) [*voir glossaire*] (1,3 %) et derrière l'Allemagne (1,8 %). De manière générale, les pays d'Europe de l'Est et du Sud dépendent plus que les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord, en proportion de leur PIB, pour les produits pharmaceutiques (1,6 % en moyenne dans les nouveaux membres ayant rejoint l'UE après 2004) [NM-13] (*voir glossaire*). Cela s'explique par le fait que la dépense dépend essentiellement de la population, car les prix varient peu entre pays. Par conséquent, relativement au PIB, les dépenses pharmaceutiques sont plus élevées dans les pays dans lesquels le PIB par habitant est plus faible.

Graphique 1 Les dépenses pharmaceutiques en 2021

En % du PIB



* Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses pharmaceutiques représentent 1,5 % du PIB.

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

Aux États-Unis, au Canada et en Suisse, les dépenses par habitant en euros courants sont presque deux fois supérieures à celles des autres pays

Exprimées en euros courants par habitant¹, les dépenses pharmaceutiques varient davantage (graphique 2) : en 2021, elles sont ainsi presque deux fois plus élevées aux États-Unis (1 430 euros courants par habitant), au Canada (1 120 euros courants) et en Suisse (1 050 euros courants) que dans la plupart des pays de l'UE-14. Au sein des pays de l'UE-14, l'Allemagne est le pays qui dépense le plus à ce titre (780 euros courants par habitant), suivi du Luxembourg (700 euros courants par habitant). Parmi les pays étudiés, la France se situe en 10^e position en 2021, avec 570 euros courants par habitant ; la dépense moyenne en France est très proche de celle de la moyenne de l'UE-14 (560 euros).

La régulation du prix des médicaments contribue vraisemblablement aux écarts entre pays. En Allemagne, les prix des médicaments sont libres la première année, les tarifs de remboursement étant fixés dans l'année qui suit la commercialisation. À l'inverse, en France, les prix des médicaments sont négociés en

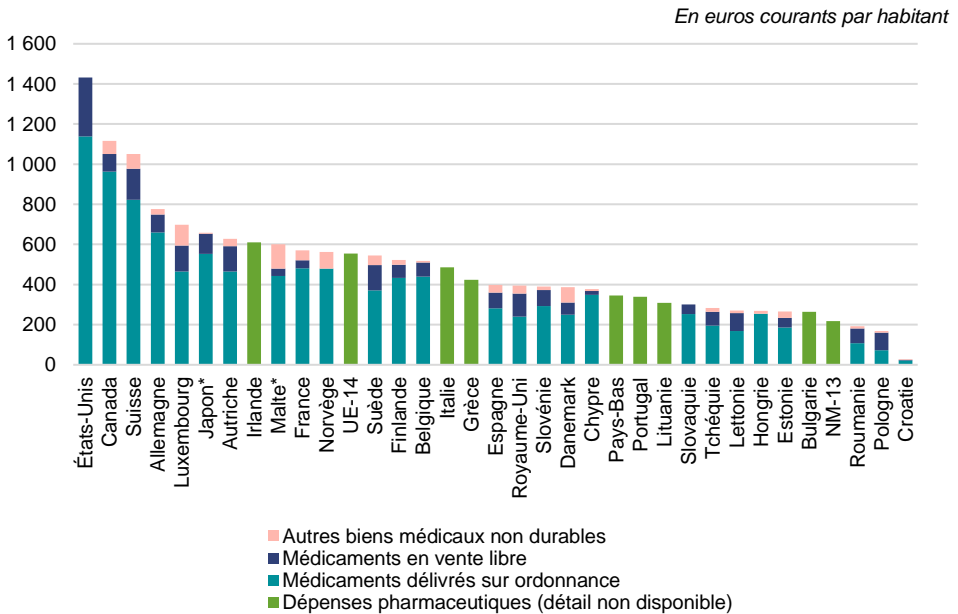
amont, entre les industriels et l'État, avant leur commercialisation (Dahmouh, *et al.*, 2018).

La majeure partie des dépenses pharmaceutiques sont allouées aux médicaments délivrés sur ordonnance

Les dépenses pharmaceutiques sont par ailleurs divisées pour l'essentiel en deux composantes (graphique 2) : les médicaments sur ordonnance et les produits en vente libre ; les médicaments délivrés sur ordonnance représentant la grande majorité des dépenses pharmaceutiques.

Des spécificités propres à chaque pays en matière de couverture des médicaments sur ordonnance sont toutefois observées : dans la plupart des NM-13, les dépenses consacrées aux médicaments sur ordonnance sont relativement faibles comparé aux dépenses consacrées aux médicaments en vente libre. Les ventes de médicaments sur ordonnance représentent ainsi seulement 43 % de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques en Pologne, 56 % en Roumanie et 69 % en Tchéquie, contre respectivement 86 %, 85 % et 84 % des dépenses au Canada, en Allemagne et en France.

Graphique 2 Les dépenses pharmaceutiques en 2021, selon le type de délivrance



* Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, chaque habitant consomme 570 euros pour des médicaments, dont 481 euros pour des médicaments délivrés sur ordonnance, 41 euros pour des médicaments en vente libre et 48 euros pour d'autres biens médicaux non durables.

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

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 est relativement homogène entre les différents

pays européens (en comparaison des services médicaux et en particulier des salaires des professionnels de santé).

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.

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.

En France, une participation des ménages aux dépenses pharmaceutiques parmi les plus faibles d'Europe

Les produits pharmaceutiques sont financés par des dépenses publiques et privées. Dans la plupart des pays de l'UE-14, les régimes d'assurance maladie obligatoires (publics et privés) prennent en charge la plus grande part des coûts liés aux dépenses pharmaceutiques (74 % en moyenne) [graphique 3]. Dans des pays comme l'Allemagne, la France et l'Irlande, cette part est même supérieure à 80 % des dépenses pharmaceutiques.

Les assurances obligatoires couvrent en revanche une part bien plus faible des dépenses dans les pays de l'est de l'Europe (45 % en moyenne dans les NM-13) : 24 % en Bulgarie, 36 % en Pologne, 46 % en Hongrie.

Dans quasiment tous les pays étudiés, les assurances privées ne financent pas ou peu les médicaments. Deux pays font toutefois exception, la Slovénie et le Canada, où près d'un tiers des dépenses pharmaceutiques sont couvertes par l'assurance privée (respectivement 24 % et 32 %).

Généralement, une partie du coût des médicaments reste à la charge des patients – bien qu'il existe des exemptions pour certaines catégories de la population, notamment les enfants ou les personnes âgées. Le reste à charge des ménages est extrêmement hétérogène entre pays : il s'échelonne de 8 % des dépenses à Chypre à 76 % en Bulgarie. Dans les pays d'Europe centrale et orientale, les restes à

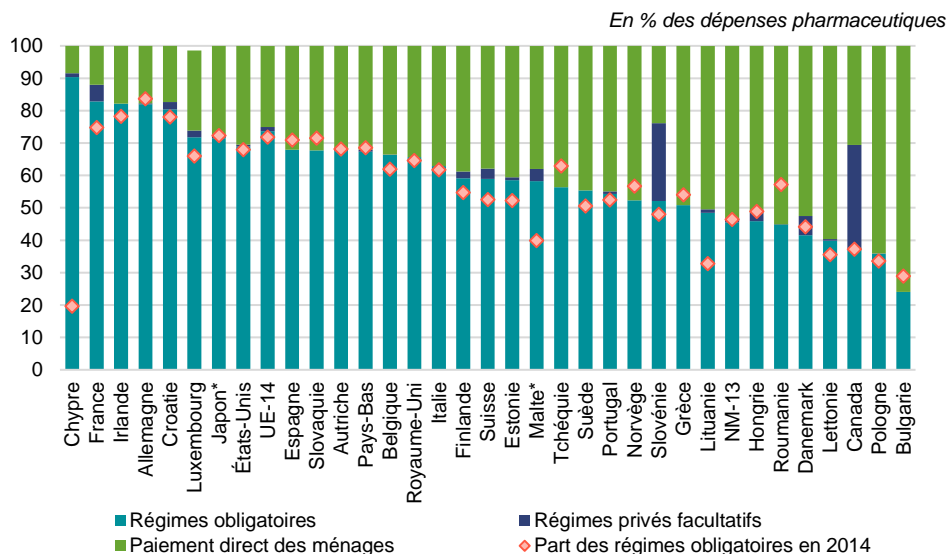
charge sont globalement élevés : ils s'établissent à 53 % en moyenne en 2021. En France et en Allemagne, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins : respectivement 12 % et 18 %.

Ces différences de prise en charge s'expliquent par l'absence de couverture de certains produits et le non-remboursement de l'automédication¹. 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 (copaiement, tickets modérateurs, base de remboursement déconnectée du prix). La part des régimes obligatoires est ainsi passée de 71 % en 2014 à 68 % en 2021 en Espagne, et de 54 % à 51 % en Grèce.

En France, l'accord national interprofessionnel de 2016 généralisant la complémentaire santé d'entreprise a transféré une partie du remboursement des régimes privés facultatifs vers les régimes obligatoires (les régimes obligatoires représentent ainsi 83 % des financements, contre 75 % en 2014).

¹ Médicaments en vente libre.

Graphique 3 Répartition des dépenses pharmaceutiques selon le financeur en 2014 et 2021

* Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, 83 % des dépenses pharmaceutiques sont prises en charge par un financement obligatoire, 5 % par un régime privé facultatif et 12 % sont à la charge des ménages. En 2014, la part des régimes obligatoires dans le financement des dépenses pharmaceutiques était de 75 %.

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

La crise sanitaire du Covid-19 a affecté durablement les quantités vendues en officine et la consommation à l'hôpital de médicaments

En France, après la crise sanitaire, les pharmaciens enregistrent des quantités de médicaments vendus inférieures à celles observées pré-crise

Les données trimestrielles sur les ventes de médicaments en officine en unité standard (en quantités vendues) [encadré 2] révèlent une augmentation de ventes juste avant la mise en place des restrictions sanitaires en Europe (1^{er} trimestre 2020) [graphique 4a]. Ces achats ont probablement été motivés par plusieurs facteurs, dont un phénomène de stockage des médicaments par les patients souffrant de pathologies chroniques et des craintes de problèmes d'approvisionnement (EPI-PHARE, 2021). Si ce phénomène est observé dans la majorité des pays étudiés, il est particulièrement net en Allemagne, mais pratiquement inexistant en France. Au 2^e trimestre 2020, les ventes de médicaments en officine ont diminué pour l'ensemble des pays étudiés, principalement en raison de l'application des gestes barrières, de la limitation des déplacements

et de la généralisation du port du masque dans l'espace public qui ont freiné les habituelles épidémies saisonnières de gastro-entérite ou de grippe en Europe (Santé publique France, 2021).

Dès le 3^e trimestre 2020, les ventes en officine dépassent leur niveau pré-crise (base 100 = 2017) en Allemagne. En Italie, en Espagne et au Royaume-Uni, après la baisse observée au 2^e trimestre 2020, les ventes sont orientées à la hausse. Enfin, en France, la baisse du 2^e trimestre 2020 est nettement plus marquée que dans les quatre autres pays étudiés, mais cette baisse suit la tendance de diminution de la consommation de médicaments en quantité observée depuis 2012.

À l'exception de la France, la consommation de médicaments à l'hôpital est restée en dessous de son niveau pré-crise

La consommation de médicaments à l'hôpital diminue nettement au 2^e trimestre 2020, quel que soit le niveau de sévérité des confinements¹ ou des restrictions sanitaires mises en place (-22 % en moyenne entre le 1^{er} et le 2^e trimestre 2020) [graphique 4b], avant de rebondir le trimestre suivant (+20 % entre le 2^e et le 3^e trimestre 2020). La consommation de

¹ En Italie, en Espagne et en France, des confinements stricts ont été mis en place dès mars 2020. En Allemagne et au Royaume-Uni, des confinements ont été

mis en place mais, soit pour de plus courtes durées avec une réouverture plus rapide des commerces non essentiels, soit de manière locale et ciblée.

médicaments à l'hôpital se stabilise ensuite à un niveau relativement bas au Royaume-Uni, en Allemagne et en Italie. En France, la consommation est revenue à son niveau pré-crise sanitaire dès le 3^e trimestre 2021 alors qu'en Espagne, la remontée est plus progressive. Plusieurs études menées au niveau national permettent de confirmer que le Covid-19 a eu un impact non négligeable sur la détection, le diagnostic et le

traitement de certaines maladies qui n'a pas été rattrapé depuis pour la majorité des pays. L'Italie enregistre ainsi 20 % d'entrées en moins à l'hôpital en 2020 comparé à 2019 (Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e delle statistica, 2022). Plus récemment, selon les données du National Health Service, les admissions fin 2022 sont toujours à un niveau inférieur à celui de 2019 (environ -8 %) [NHS, 2022].

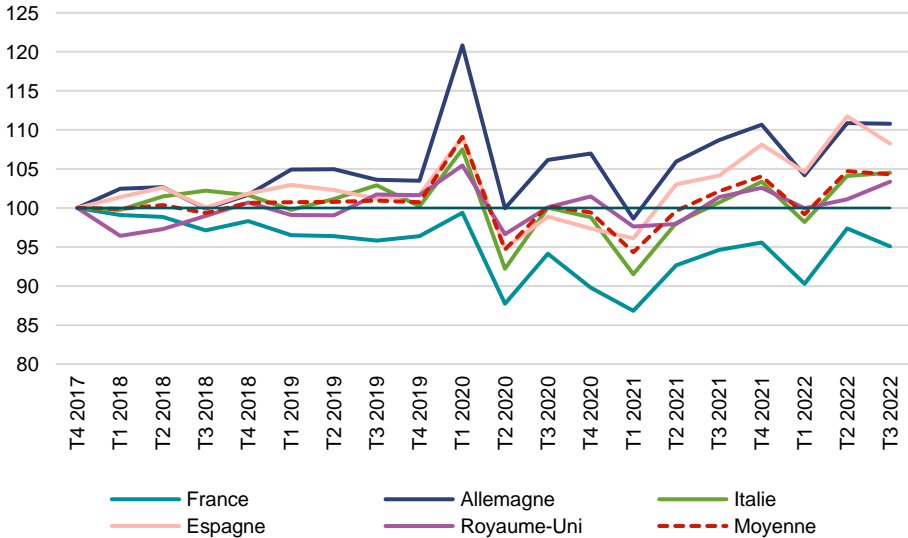
Encadré 2 La base de données IQVIA sur les quantités de médicaments vendus en officine et sur la consommation de médicaments à l'hôpital

IQVIA produit des données sur les ventes de médicaments en officine, 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) [voir glossaire] et sur le chiffre d'affaires (en monnaie nationale, en euros ou en dollars) en fonction de la classification ATC (Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique ou 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).

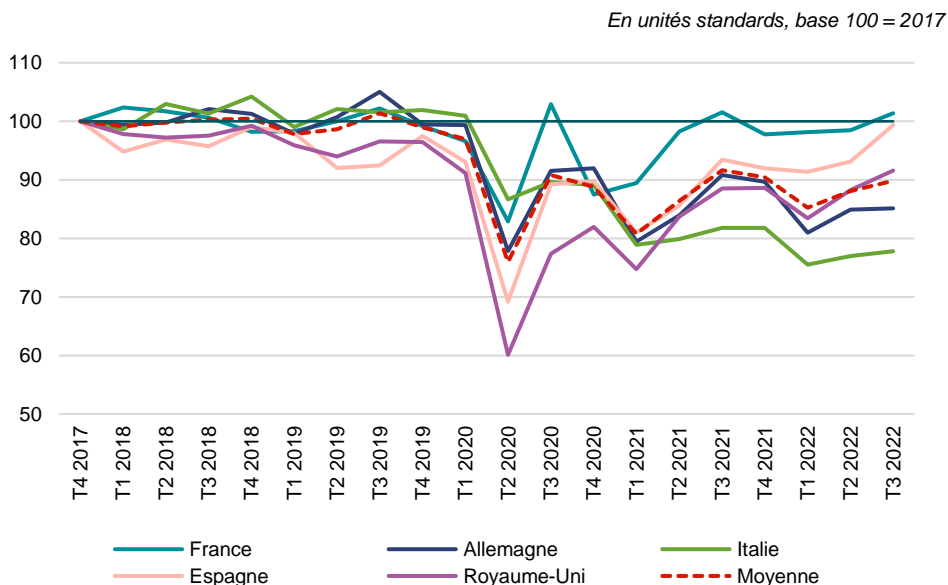
L'unité de mesure utilisée par IQVIA diffère donc de celle utilisée par la partie France des comptes de la santé (*fiches 13 et 14*) : la base de données IQVIA présente en effet des résultats exprimés « en quantités de médicaments vendus », alors que la partie France des comptes de la santé présente des résultats exprimés « en volumes », au sens de la comptabilité nationale (c'est-à-dire la valeur aux prix de l'année précédente). L'émergence de médicaments plus coûteux peut ainsi provoquer une augmentation du volume de médicaments consommés au sens des comptes de la santé, sans que cela ne se répercute sur les quantités vendues au sens d'IQVIA.

Graphique 4a Évolution des quantités de médicaments vendus en officine entre 2017 et 2022

En unités standards, base 100 = 2017



Graphique 4b Évolution de la consommation de médicaments à l'hôpital entre 2017 et 2022



Lecture > En moyenne, pour les cinq pays étudiés, au 2^e trimestre 2020, les ventes de médicaments en officine étaient 9 % supérieures à celles observées au même trimestre pour l'année 2017. La consommation de médicaments à l'hôpital était 24 % inférieure au niveau observé pré-crise.

Champ > Total de la consommation de médicaments à l'hôpital et de la vente de médicaments en officine pour cinq pays européens (France, Italie, Espagne, Allemagne et Royaume-Uni).

Source > IQVIA 2022, traitement DREES.

Les tendances de ventes de médicaments en officine, en quantité et en valeur, varient fortement selon le pays étudié

Les quantités de médicaments vendus en officine par habitant se stabilisent en France depuis 2020

La consommation médicamenteuse française en officine, exprimée en unités standards par habitant, a diminué entre 2016 et 2020 et se stabilise depuis (*graphique 5a, encadré 2*). Elle était la plus élevée parmi les huit pays étudiés entre 2009 et 2017. En 2022, elle se situe à un niveau proche de la consommation en Finlande ou au Royaume-Uni (environ 1 260 unités standards par habitant et par an). C'est en Allemagne que la consommation de médicaments est la plus élevée parmi les pays étudiés (1 420 unités standards par habitant et par an). Entre 2012 et 2022, la consommation de médicaments en unités standards a augmenté de 17,7 % en Allemagne ; sur la même période elle a diminué de 12,0 % en France.

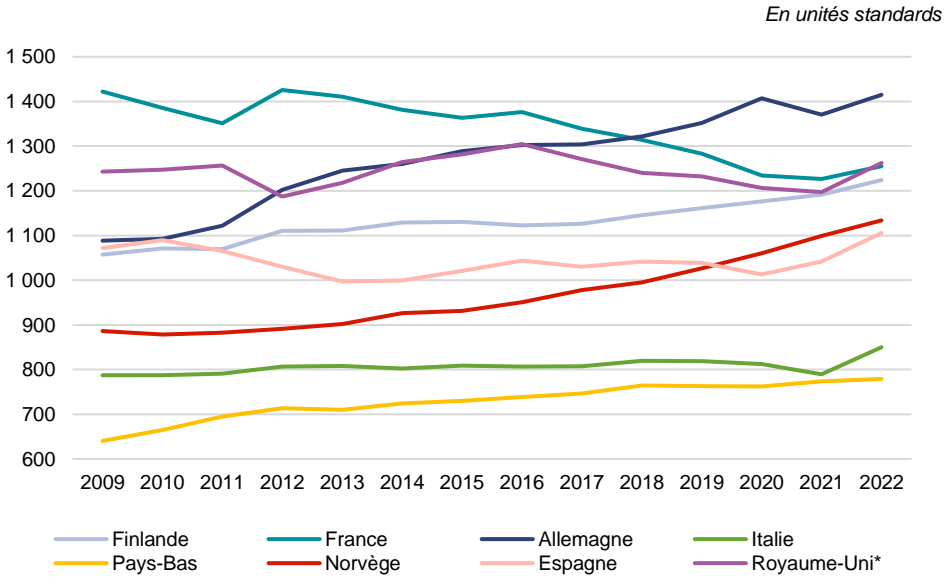
La France a mené des campagnes d'information à destination du grand public et des professionnels de santé, comme la campagne d'information et de sensibilisation sur le bon usage du médicament de 2012, ou les campagnes publicitaires pour limiter la consommation d'antibiotiques.

L'Allemagne en tête des pays étudiés en termes de consommation en valeur

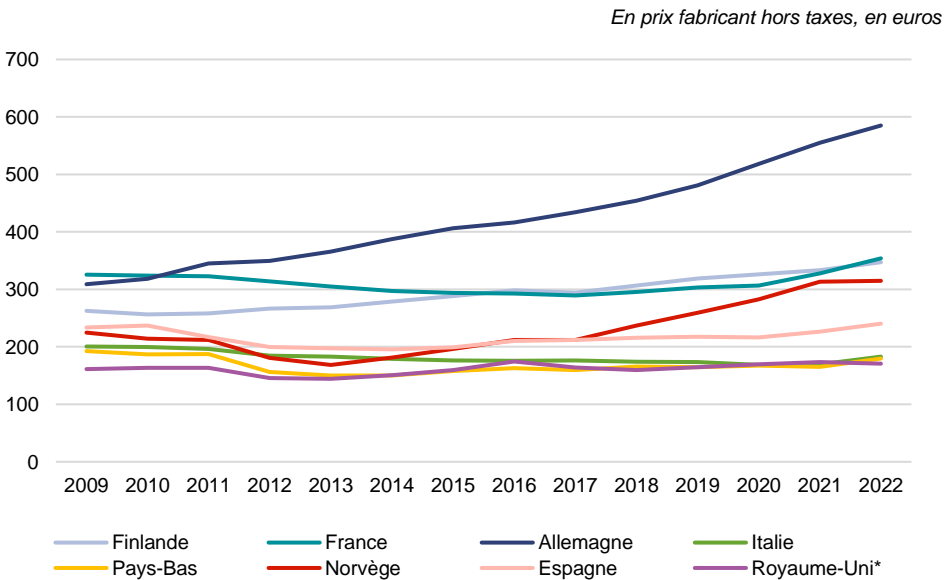
Exprimées en prix fabricant hors taxes (*encadré 3*), les dépenses pharmaceutiques varient fortement selon le pays, de 170 euros par habitant et par an au Royaume-Uni à 590 euros par habitant et par an en Allemagne (*figure 5b*). Par ailleurs, si le chiffre d'affaires des ventes en officine augmente en Allemagne, en Finlande et en Norvège entre 2017 et 2022 (respectivement +34,8 %, +18,0 % et +48,5 % sur la période), 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 : certains médicaments sont délivrés en officine en Allemagne, alors qu'ils ne sont délivrés qu'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 officine.

Graphique 5a Quantités de médicaments vendus en officine par habitant, de 2009 à 2022



Graphique 5b Chiffre d'affaires des ventes en officine par habitant, de 2009 à 2022



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Lecture > En France, en 2009, la vente en officine de médicaments était en moyenne de 1 420 unités standards par habitant pour un chiffre d'affaires en prix fabricant hors taxes de 330 euros par habitant. En 2022, ces chiffres s'élevaient à 1 260 unités standards et 350 euros par habitant, respectivement.

Sources > IQVIA 2022, traitement DREES ; Eurostat, statistiques sur la population.

Encadré 3 Enjeux de comparabilité des prix des médicaments dans IQVIA

Les comparaisons internationales de prix des médicaments soulèvent des problèmes de comparabilité concernant la prise en compte ou non de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et des remises dans le prix de vente. Ainsi, si la moitié des pays étudiés (France, Italie, Espagne, Norvège) appliquent la TVA sur les données de prix de vente des médicaments vendus en officine, 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 fabricant qui n'inclut ni la TVA ni les remises, a ici été choisi pour mener les analyses.

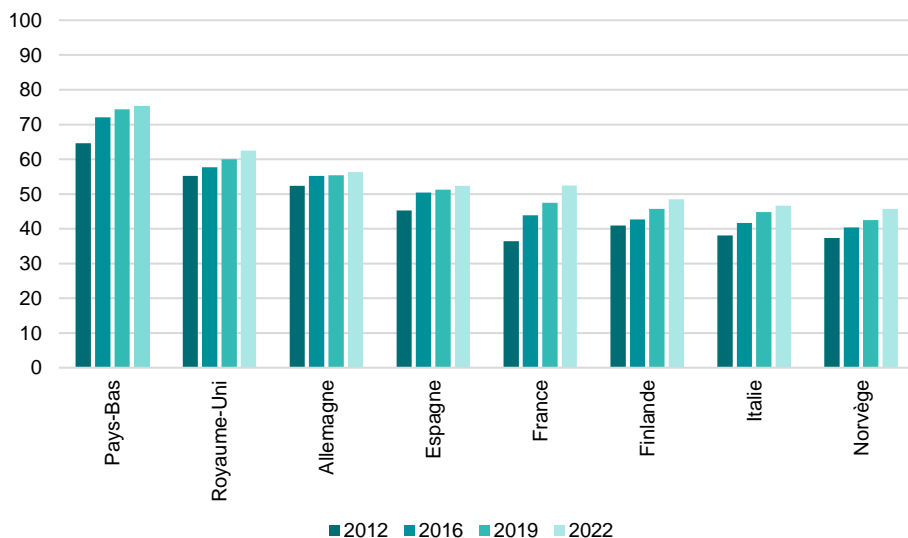
Depuis dix ans, la part des médicaments génériques augmente en volume

En 2022, les médicaments génériques (*encadré 4*) représentent 52 % des ventes en volume en France. Cette part s'élève à 75 % aux Pays-Bas ; à l'inverse, les génériques ne représentent que 46 % des volumes en Norvège (*graphique 6*). La part des médicaments génériques dans le mix médicamenteux total a augmenté pour l'ensemble des pays étudiés entre 2012 et 2022. C'est en France que cette augmentation est la plus élevée (+16 points de pourcentage [pp] en dix ans) et en Allemagne qu'elle est la plus faible (+4 pp).

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 notamment 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. ■

Graphique 6 Part des médicaments génériques vendus en officine dans le mix médicamenteux (en volume) en 2012, 2016, 2019 et 2022

En %, en unités standards



Lecture > Entre 2012 et 2022, la consommation de médicaments génériques en volume a augmenté de 16 points de pourcentage en France, de 36 % en 2012 à 52 % en 2022.

Champ > Ventes de médicaments en officine.

IQVIA 2022, traitement DREES.

Encadré 4 Sources et méthodes

Par convention, IQVIA définit comme génériques les médicaments lancés après l'expiration de la protection de la marque originale, sur un marché dépourvu de droits exclusifs de fabrication ou de commercialisation, et donc sans protection. Sont également classés dans la catégorie des génériques les médicaments lancés avant l'expiration de la protection de la marque originale, une fois que la protection a expiré et que la libre concurrence est autorisée. À l'inverse, tout produit qui bénéficie d'une protection contre la concurrence est classé comme non-générique par IQVIA. Les autres produits non génériques incluent les biosimilaires et l'ensemble des médicaments non catégorisés.

Pour en savoir plus

- > **Dahmouh, A., Ferretti, C., Vergier, N.** (2018). L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament. *Revue française des affaires sociales*, 3, pp. 269-296.
- > **IQVIA** (2022). *MIDAS Panel and Audit Summary*.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé: les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Santé publique France** (2021). *Épidémies hivernales – Saison 2020-2021*.
- > **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).
- > **Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica** (2022, octobre). *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021*.
- > **NHS** (2022, octobre). *Provisional monthly hospital episode statistics for admitted patient care, outpatient and accident and emergency data, April 2022 – October 2022*. Official Statistics.

En 2021, la France consacre 48,9 milliards d'euros, soit 2,0 % de son 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, elles avoisinent 3 % du PIB pour les pays nordiques. La composante sociale des SLD (accomplissement des tâches domestiques et administratives) représente quant à elle 0,6 % du PIB en France et près de 1,3 % aux Pays-Bas, pays qui y consacre le plus de moyens. La majorité des dépenses de SLD sont consacrées à des soins dispensés dans des structures d'hébergement. Les dépenses de SLD devraient augmenter fortement dans les années qui viennent, 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 2021, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 1,9 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-14, 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 3,1 % du PIB aux SLD en 2021 (*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. Ils 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 2021 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 se positionne légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'UE-14.

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 harmonisée au niveau international (SHA) [*encadré 1*]. Cette composante sociale des SLD peut atteindre 1,3 % du PIB aux Pays-Bas. Les pays du nord de l'Europe

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

proposent le plus souvent ces dispositifs sociaux. En France, cette composante sociale représente 0,6 % du PIB, ce qui porte l'effort total des SLD à 2,6 %.

L'indicateur global de restriction d'activité (Global Activity Limitation Indicator [GALI]) et les indicateurs 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, de façon relativement paradoxale, il existe une corrélation négative 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]).

L'enquête Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [*encadré 3*] permet d'évaluer les besoins de soins de longue durée non satisfaits. Parmi les pays pour lesquels ces chiffres sont disponibles, la Tchéquie, la Pologne, la Slovénie et les pays baltes ont 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 : entre 60 % et 70 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et déclarant au moins trois limitations des aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) déclarent des besoins de

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).

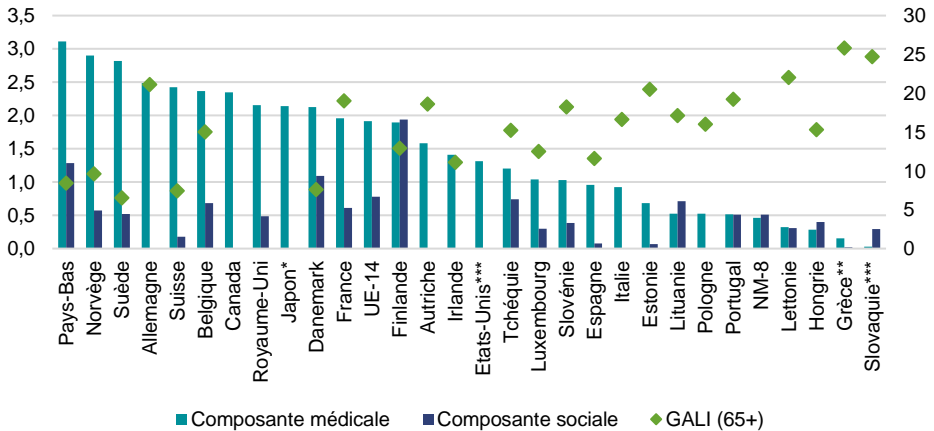
² Comme les travailleurs sociaux (assistantes de services sociaux, conseillers en économie sociale et familiale), les aides ménagères ou les aides à la vie domestique.

SLD non satisfaits. À l'inverse, la proportion de besoins non satisfaisants est plus faible au Danemark, en Belgique et en Allemagne ; entre 37 % et 41 % des personnes déclarant des limitations déclarent également des besoins non satisfaits. La France est

proche de ce groupe de pays (42 %) et la proportion de besoins non satisfaits y est inférieure à la moyenne de l'OCDE (50 %) (OCDE, 2021).

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2021

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 2020 (composante médicale) ; ** Données 2020 (composante sociale) ; *** 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 20,9 % de son PIB en soins de santé de longue durée et 0,6 % 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 2021.

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, les enquêtes auprès de personnes 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 pour 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 également 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 pas 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 les taux d'encadrement soient sous-estimés 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

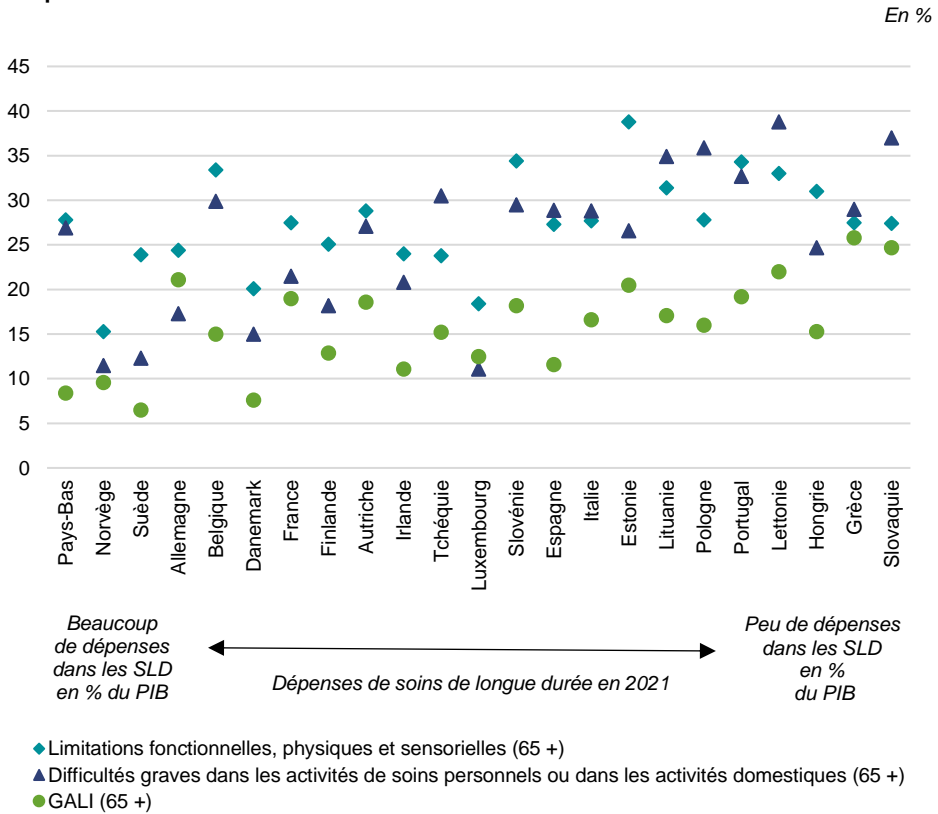
Plusieurs indicateurs permettent d'identifier des situations de handicap ou de perte d'autonomie. Dans le cadre de cette étude, leur portée a été restreinte aux seules personnes âgées de 65 ans ou plus, ces dernières étant les principaux bénéficiaires de SLD.

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, 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 mentionnées dans l'enquête), ainsi que la proportion de personnes souffrant de limitations fonctionnelles, physiques et sensorielles graves (vision, audition, marche).

Quel que soit l'indicateur utilisé, la corrélation entre les dépenses de soins de longue durée et la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie, est négative (*graphique 2* – les pays ont été triés selon leur investissement dans les SLD [composante médicale], de gauche à droite). En Norvège, pays parmi ceux qui dépensent 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.

¹ Exemple des difficultés domestiques et personnelles : préparer des repas, utiliser le téléphone, faire les courses, gérer la prise de médicament, effectuer des tâches domestiques, gérer les finances et les tâches administratives, etc.

Graphique 2 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 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.

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).

Encadré 3 L'enquête SHARE

L'enquête Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) collecte tous les deux ans des données médicales, économiques et sociales auprès des personnes de 50 ans ou plus 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 l'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.

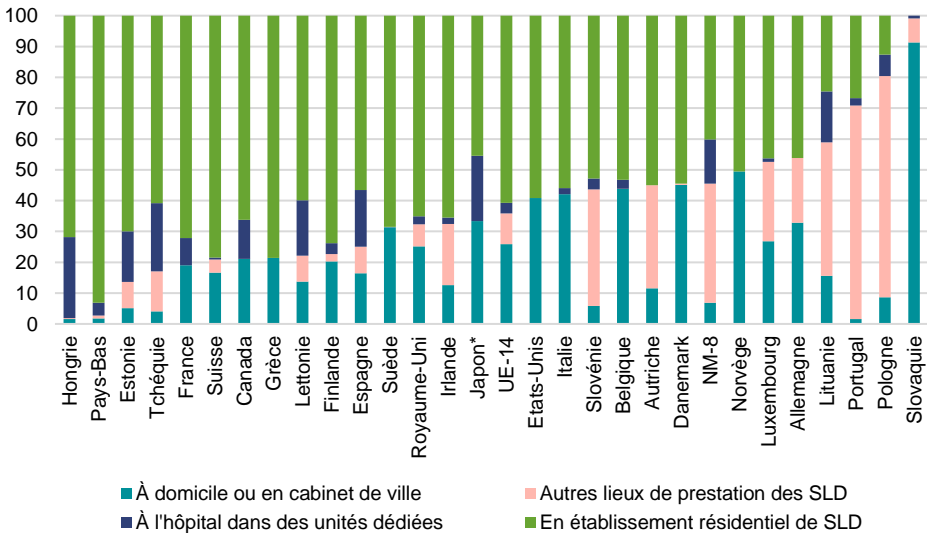
La part des dépenses pour le maintien à domicile minoritaire dans l'UE-14

En moyenne, dans l'UE-14, 64 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés dans des structures d'hébergement (61 %) ou à l'hôpital dans des unités dédiées (4 %), 26 % sont dispensés à domicile ou dans des cabinets de ville et 10 % dans d'autres lieux de prestation des SLD (*graphique 3*). Les coûts moyens (personnels et infrastructures) en institution sont plus élevés 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 9 % des dépenses de 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 3 Répartition des dépenses pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de la prestation des soins

En %



* Données 2020.

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 aux soins fournis à domicile ou en cabinet de ville, 72 % en établissement résidentiel de SLD et 26 % à l'hôpital dans des unités dédiées.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

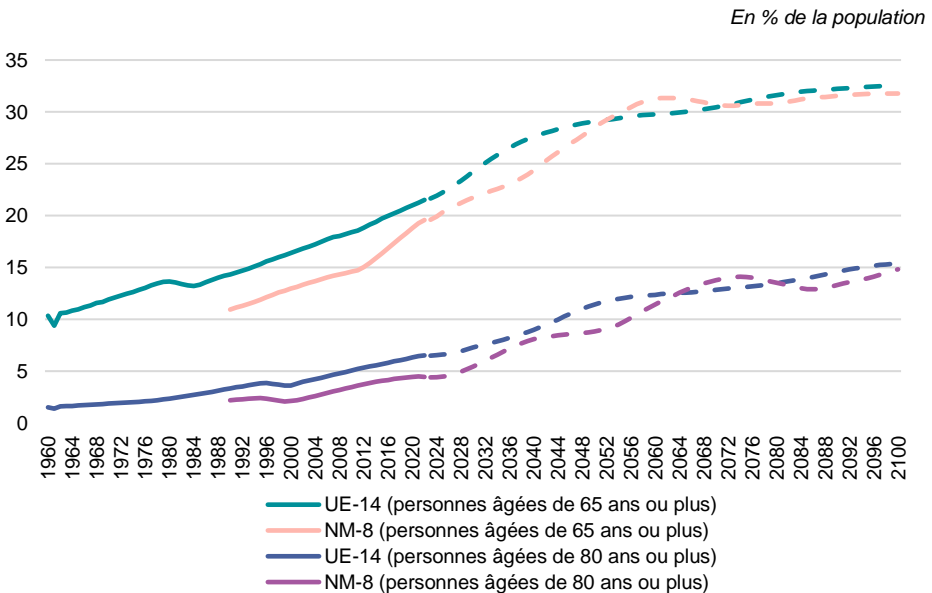
Un besoin croissant de soins de longue durée pour une population vieillissante

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD entre les pays étudiés peuvent aussi s'expliquer par des différences démographiques. La proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus a presque doublé entre 1960 et 2021 dans les pays de l'UE-14, passant de 10,6 % en 1960 à 21,0 % en 2021. La part des personnes âgées de 80 ans ou plus a quant à elle été multipliée par 4, de 1,6 % en 1960 à 6,3 % en 2021, en raison notamment de la baisse des taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Les projections démographiques européennes¹ (Eurostat, 2023) montrent que ces proportions devraient augmenter dans les prochaines décennies pour atteindre respectivement 29,1 % et 11,4 % de la population dans les pays de l'UE-14 en 2050 puis 32,6 % et 15,4 % en 2100. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Grèce, en Italie et au Portugal. À l'inverse, en raison notamment d'une espérance de vie à la naissance plus faible, 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 19,5 % et 4,6 % en 2021 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 4).

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. 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 55,3 % en 2050 et à 65,6 % en 2100. Ce risque, associé à celui de la diminution de la prise en charge des personnes âgées au sein de la famille (participation croissante des femmes au marché du travail) pourrait conduire les pays à doubler leurs dépenses de SLD d'ici à 2060 (Commission européenne, 2021). ■

Graphique 4 Évolution de la part de la population âgée de 65 ans ou plus et de 80 ans ou plus



Source > Eurostat, projections démographiques 2023.

¹ En mars 2023, l'institut de statistiques européen Eurostat a publié des projections démographiques actualisées à l'horizon 2100.

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., Eideliman, 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.
- > **Eurostat (2023)**. EU's population projected to drop by 6% by 2100. Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230330-1>
- > **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*. Consultable sur : www.oecd.org/health/health-systems/LTCSpending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf
- > **OECD** (2020b). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies. Paris, France : OECD Publishing. Consultable sur : <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- > **OCDE (2021)**. *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions 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

Autres indicateurs

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 historique 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, comme les soins de longue durée ou la prévention, ainsi que les dépenses de gestion et de fonctionnement du système, comptabilisées 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 de biens médicaux en ambulatoire (optique, véhicules pour personnes en situation de handicap, matériels, pansements, etc.).

Afin d'harmoniser les définitions utilisées entre les différents agrégats, la CSBM inclut 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 en première instance sur le lieu d'exécution (par exemple, la consultation réalisée par un médecin libéral au sein d'une clinique sera comptabilisée en « soins des hôpitaux privés » alors que 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 de façon synthétique le système de financement du système de santé français : État (y compris organismes divers d'administrations centrales) et collectivités territoriales (secteurs institutionnels S1311 et S1313 de la comptabilité nationale), Sécurité sociale (secteur institutionnel S1314), organismes complémentaires (secteur institutionnel S12) et ménages (secteur institutionnel S14).

La CSBM est utilisée pour l'élaboration des comptes nationaux par l'Insee sur le champ de la santé.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international (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 du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée. 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 résidents¹ 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 HC.1 (« *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 HC.2 (« *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 HC.1-HC.2 (« *curative and rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants ». Elle comprend l'ensemble des dépenses HC.1 et HC.2. Plus englobante, elle est souvent utilisée car, d'une part la distinction entre HC.1 et HC.2 est parfois délicate à effectuer d'un point de vue purement médical et, d'autre part, les données disponibles ne permettent pas toujours de ventiler les dépenses aussi finement.
- La catégorie HC3 (« *long-term care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins de longue durée ». Cette catégorie comprend les soins à visée palliative : ils cherchent à atténuer autant que possible la douleur et la dégradation de l'état de santé sans que le traitement vise à la neutralisation complète de la perturbation. La distinction avec la catégorie HC.2 réside sur le fait que pour les dépenses en HC.3 la compensation totale n'est pas un objectif. La catégorie HC3 correspond principalement à des soins pour personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, ou 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 HC.4 (« *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 HC.4 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 (HC.1, HC.2, etc.). Il s'agit typiquement des services d'imagerie des cabinets de radiologie, des services des laboratoires de biologie médicale et des transports sanitaires.
- La catégorie HC.5 (« *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, appareils respiratoires, etc.) consommés en propre par les ménages. Elle comprend également les biens médicaux consommés en sus à l'hôpital. Ces derniers sont classés au sein des soins hospitaliers dans la CSBM.
- La catégorie HC.6 (« *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

¹ En comptabilité nationale, les unités résidentes sont les unités (ici les ménages) qui ont un centre d'intérêt économique sur le territoire considéré. Usuellement, un ménage est considéré comme résident s'il effectue des opérations économiques pendant un an ou plus sur le territoire, sans aucune notion de nationalité ou de légalité du séjour.

ou leurs complications. 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 « M'T Dents », subvention au planning familial, PMI, etc.).

- La catégorie HC.7 (« *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 de la santé (les différents régimes de Sécurité sociale de l'Assurance maladie et organismes complémentaires au titre de leur activité en santé) ainsi que des budgets de fonctionnement des organismes contribuant au pilotage du système de santé. Ces derniers incluent les agences sanitaires et autres opérateurs publics du champ de la santé (Haute Autorité de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux...), ainsi que les programmes budgétaires du ministère chargé de la Santé, y compris celui des agences régionales de santé (ARS).
- La catégorie HC.9 (« *other health care services not elsewhere classified [n.e.c.]* ») recouvre les autres éventuelles dépenses non classées ailleurs. Aucune dépense n'est classée dans cette catégorie dans le cas de la France.

L'agrégat de la CSBM est constitué de l'ensemble formé par les catégories HC.1, HC.2, HC.4 et HC.5.

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 HP.1 (« *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 ici de l'ensemble de l'activité des hôpitaux du secteur public ou privé, indépendamment de la nature des soins (soins courants, soins de longue durée...). Les unités de soins de longue durée (USLD), par exemple, sont incluses au sein de cette catégorie.
- La catégorie HP.2 (« *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 HP.3 (« *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 HP.4 (« *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 HP.5 (« *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 HP.6 (« *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 HP.7 (« *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 HP.8 (« *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*).

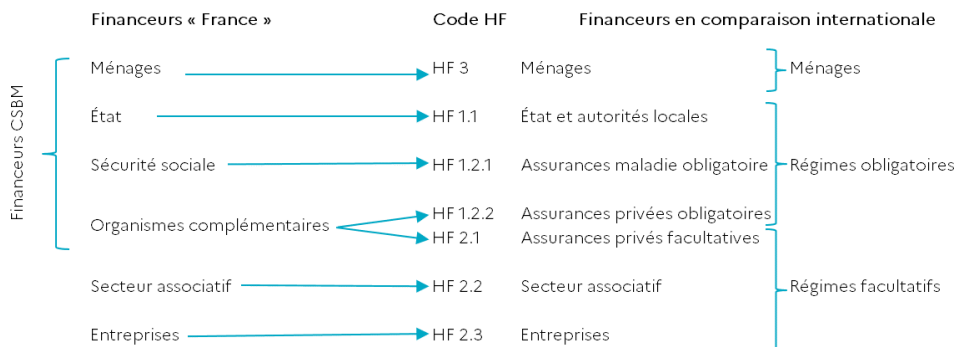
Pour le système de financement français, les acteurs sont les suivants :

- L'État correspond à la catégorie HF.1.1 (« *government schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « État et autorités locales » dans la mesure où le financement peut être à l'initiative de l'État ou des collectivités locales selon les systèmes nationaux.
- La Sécurité sociale correspond à la catégorie HF1.2.1 (« *social health insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « Assurance maladie ».
- Les organismes complémentaires correspondent aux catégories HF.1.2.2 et HF.2.1 :
 - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats collectifs, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF.1.2.2 (« *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 HF.1.2.1 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 HF.2.1 (« *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 HF.2 (voir *infra*).
- Le secteur associatif (institution sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM) correspond à la catégorie HF.2.2 (« *NPISH financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle.
- Les entreprises (hors organismes complémentaires) correspondent à la catégorie HF.2.3 (« *entreprise financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle *via* la médecine du travail.
- Les ménages correspondent à la catégorie HF.3 (« *household out-of-pocket payment* »). Ces dépenses financées directement par les ménages sont aussi qualifiées de reste à charge des ménages.

Pour les comparaisons internationales, la catégorie HF.2 (« *voluntary health care payment schemes* ») regroupe l'ensemble des « régimes facultatifs » (assurance privée facultative, financement direct par les entreprises et l'action du secteur associatif) par opposition aux « régimes obligatoires » et au financement direct par les ménages.

L'axe HF (financeur de la dépense) s'éloigne de la ventilation par 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*.
- > **Eurostat** (2013). *Système européen des comptes – SEC 2010*. Commission 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, achats 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 sont rajoutées 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 établissements de santé. Avec la crise sanitaire liée au Covid-19, le nombre de dispositifs d'aide s'est élargi, créant une divergence plus importante entre l'agrégat français, assis sur les concepts de la comptabilité nationale, et son pendant international. Pour cette raison, le champ de la CSBM a été modifié à l'occasion de l'édition 2022 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 et conformément aux instructions d'Eurostat et de l'OCDE aux producteurs des données SHA, les subventions d'exploitation versées au secteur marchand dans le cadre de la crise sanitaire 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 sont assimilés 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 retracent 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], rémunération 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 versés 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 soins de manière informatisée ;

Annexe 2 > La méthodologie des comptes de la santé

- 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 en 2021 et 2022) 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 à travers le fonds CMI, sont rattachées à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) à compter de 2021. Ces dépenses sont donc, à compter de cette date, intégrées au sein des dépenses de la Sécurité sociale.

La 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 (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 également d'estimer 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 de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les dépenses de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) et les achats de biens médicaux sans prescription sont issues du baromètre publié chaque année par NèreS (fédération professionnelle de laboratoires pharmaceutiques).

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les données disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue.

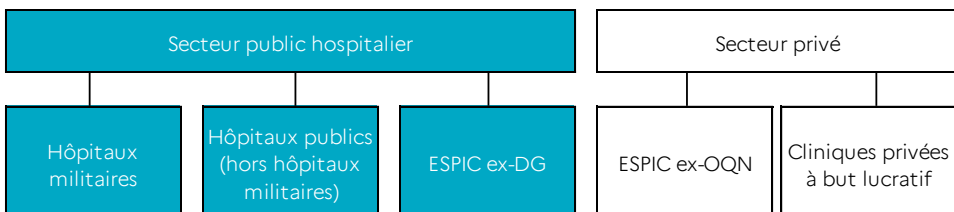
Les soins hospitaliers

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 central 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 nets 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 production non marchande financée par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) ainsi que celle à la charge des ménages ou des organismes complémentaires (paiement partiel des ménages).

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 les soins de ville, elle inclut les subventions versées aux cliniques privées, notamment

1. Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

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, 2021 ou 2022 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 santé¹ et médico-sociaux). Une partie de ces aides spécifiques a été reconduite en 2021 et 2022. Jusqu'à l'édition 2021 des comptes de la santé, la construction de la CSBM se conformait aux règles du cadre central de la comptabilité nationale. Suivant ce cadre, ces aides ne sont donc pas considérées comme des dépenses de consommation mais comme des subventions d'exploitation en faveur du système de santé. Elles n'entraient donc pas dans le calcul de la CSBM, mais étaient en revanche comptabilisées au sein de la DCSi conformément au cadre spécifique fixé par le SHA pour les comparaisons internationales des dépenses de santé. À compter de l'édition 2022, afin d'harmoniser et de mieux articuler les concepts de CSBM et de DCSi, l'ensemble des subventions sont comptabilisées au sein des deux agrégats (CSBM et DCSi) dans chacun des postes de soins correspondants.

Les tests PCR et antigéniques pour dépister les 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 contre le Covid-19 sont aussi classées parmi les dépenses de prévention.

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).

¹ 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. En effet, ces dernières ne peuvent être distinguées des autres formes de financement par les administrations publiques comptabilisées en transferts entre administrations. Le secteur des hôpitaux publics n'est donc pas concerné par les questions de reclassements de subventions.

Les révisions de l'édition 2022 des comptes de la santé

Conformément aux recommandations du code de bonnes pratiques de la statistique européenne, cette annexe présente les révisions effectuées d'une édition à l'autre des comptes de la santé en indiquant leur nature (intégration de nouvelles données, refonte méthodologique, correction, etc.) et leur ampleur.

Les différentes sources de révision des comptes de la santé

Chaque année, des révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. Trois types de révisions se distinguent : **les révisions liées au caractère provisoire des données, les modifications de champs et les révisions méthodologiques.**

Les révisions présentées dans cette annexe ont été intégrées à la production des comptes pour les années 2010 à 2022.

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 (2022 dans la présente édition) intègre des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente qui est révisée en conséquence (2021 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 2021 et 2022 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2020 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 2023 des comptes de la santé, les données 2022 sont provisoires, celles de 2021 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 SHA¹, 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 2023 des comptes de la santé.

a) Ajout des remises conventionnelles de biens médicaux

Les définitions internationales considèrent que les remises conventionnelles versées par les producteurs au bénéfice de l'Assurance maladie doivent être considérées comme des rabais relevant d'un mécanisme de négociation des prix *ex ante* entre acheteur et producteur. Elles viennent réduire la part des dépenses de biens médicaux payées par l'Assurance maladie et contribuent ainsi à baisser le prix final payé.

¹ Le manuel est disponible en téléchargement à l'adresse suivante : <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

Les remises conventionnelles sur le champ des médicaments ont été intégrées par la DREES à l'occasion de l'édition 2021 des comptes de la santé (à l'exclusion des remises globales, considérées comme un impôt). Dans cette édition, la couverture des remises conventionnelles est étendue à celles portant sur les biens médicaux ; elle concerne aussi bien l'hôpital public, les cliniques privées que les soins de ville.

Tableau 1 Remises conventionnelles de biens médicaux ajoutées à la CSBM de 2013 à 2022

En millions d'euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hôpital public	0	-1	0	-6	3	-13	-12	-49	-40	-52
Clinique privée	0	0	0	-3	1	-5	-5	-10	-8	-11
Biens médicaux	0	-5	-2	-26	11	-55	-39	-97	-83	-100
Total	0	-7	-3	-35	15	-73	-57	-157	-132	-163

Source > DREES, comptes de la santé.

b) Ajout des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie de matériels médicaux et d'autotests Covid-19

Les comptes de la santé estiment pour chacun des postes de soins les dépenses de santé non prises en charge par l'Assurance maladie. Elles recouvrent plusieurs cas de figure :

- les dépenses dont le taux de remboursement par l'Assurance maladie est nul. Il peut s'agir de produits ou d'actes non reconnus par l'Assurance maladie (homéopathie, ostéopathie, etc.) ;
- les dépenses de produits achetés directement par les ménages sans prescription médicale ;
- les dépenses non présentées aux remboursements. Il s'agit principalement de feuilles de soins non transmises à l'Assurance maladie.

Faute de données disponibles, les comptes de la santé ne réalisaient pas d'estimation des dépenses non prises en charge sur l'ensemble du poste des dispositifs médicaux, mais seulement sur certaines parties du poste (lentilles, pansements et prothèses, orthèses, véhicule pour personne handicapée physique [VHP]). En particulier, les comptes de la santé ne fournissaient pas jusqu'à présent d'estimation des achats non pris en charge de matériel médical et d'autotests Covid-19.

À compter de cette édition, la DREES exploite les données du baromètre Nèrès¹ qui publie chaque année une dépense de dispositifs médicaux non prescrits. Cette nouvelle estimation vient se substituer aux anciennes estimations auparavant réalisées sur la partie des biens médicaux hors optique médicale. Les dépenses d'autotests Covid-19 sont comptabilisées en dépenses de prévention au sein de la DCSI.

Tableau 2 Révision des dépenses de biens médicaux hors optique médicale non prises en charge par l'Assurance maladie, en 2021

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CSBM Biens médicaux	296	314	326	338	359	390	410	427	439	468	415	424
DCSI Dépenses de prévention	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	73

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Le Nèrès (anciennement dénommé Afipa) est une fédération professionnelle représentant les laboratoires pharmaceutiques qui produisent et commercialisent des produits de santé disponibles sans ordonnance.

3) Modifications méthodologiques et corrections d'erreur

- a) Correction des estimations des dépenses non prises en charge des dentistes et des lentilles non remboursables

Pour certains postes de soins, les dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie sont estimées comme une fraction de la dépense reconnue de l'Assurance maladie. Cette part des dépenses non prises en charge est régulièrement actualisée afin de tenir compte des dernières informations disponibles.

En 2021, les dépenses de dentistes reconnues de l'Assurance maladie ont fortement progressé (+18 %) notamment sous l'effet de la montée en charge de la réforme du 100 % santé. Cette forte hausse entraînait par convention une hausse concomitante des dépenses non prises en charge qui paraissait peu compatible avec l'évolution de l'activité d'orthodontie ou de parodontologie (principaux actes non pris en charge par l'Assurance maladie), activité non concernée par la réforme du 100 % santé. Les dépenses non prises en charge de dentistes ont donc été révisées à la baisse pour mieux correspondre à l'activité attendue des actes non pris en charge.

À l'inverse, les dépenses de lentilles non prises en charge par l'Assurance maladie ont été révisées à la hausse. La prise en charge par les organismes complémentaires de ces dépenses progresse fortement depuis 2019, ce qui introduisait avant correction un fort décalage avec l'évolution des dépenses jusqu'alors estimées de lentilles non prises en charge sur la même période.

Tableau 3 Révision des dépenses des dentistes et des lentilles non prises en charge par l'Assurance maladie, de 2010 à 2021

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentiste	-28	-30	-34	-34	-39	-4	-10	-21	-19	-25	-45	-179
Lentilles	0	0	4	4	5	6	6	6	7	7	61	73

Source > DREES, comptes de la santé.

- b) Correction des dépassements d'honoraires des dentistes et des spécialistes

Le traitement des dépenses de dépassements d'honoraires a été revu pour cette nouvelle édition des comptes de la santé.

L'estimation des dépenses de dépassements produite par la DREES dans le cadre des comptes de la santé a été systématiquement comparée avec les résultats obtenus *via* le Système national des données de santé (SNDS) ou des données agrégées fournies par la CNAM. L'analyse comparative conclut à une légère surestimation des dépassements calculés par les comptes de la santé. Les dépassements d'honoraires ont donc été révisés afin de s'aligner sur le niveau des autres sources de données disponibles.

Cela révisé le poste des dépassements des spécialistes et des dentistes en cabinet libéraux et en centre de santé, mais aussi celui des spécialistes exerçant en cliniques privées. En effet, une partie importante des actes de médecins spécialistes est effectuée dans une clinique privée. En 2021, cette révision diminue le montant des dépassements de 4 % pour les dentistes et de 9 % pour les spécialistes.

Tableau 4 Révision des dépenses de dépassements d'honoraires des dentistes et des spécialistes, de 2010 à 2021

a. En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentistes en ville	-228	-243	-262	-258	-286	-23	-79	-137	-123	-159	93	-261
Spécialistes en ville	-132	-137	-153	-150	-169	-151	-168	-204	-181	-186	-138	-195
Spécialistes en clinique privée	-52	-56	-65	-64	-76	-68	-79	-101	-94	-96	-60	-108
Total	-412	-436	-480	-472	-531	-243	-326	-442	-398	-441	-105	-564

b. En point de pourcentage

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dentistes en ville	-5,1	-5,0	-5,2	-5,1	-5,7	-0,5	-1,6	-2,7	-2,4	-3,1	2,0	-4,4
Spécialistes en ville	-9,1	-9,0	-9,9	-9,4	-10,4	-9,1	-9,8	-11,7	-10,1	-10,0	-7,9	-9,7
Spécialistes en clinique privée	-7,4	-6,8	-7,5	-7,1	-7,8	-6,7	-7,5	-9,2	-8,0	-7,9	-5,5	-7,9
Total	-6,2	-6,3	-6,7	-6,5	-7,3	-3,3	-4,3	-5,7	-5,1	-5,5	-1,4	-6,3

Source > DREES, comptes de la santé.

4) Bilan des révisions

Tableau 5 Bilan des révisions par poste de soins pour l'année 2021

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2021		Écart	
	Dans l'édition 2022	Dans l'édition 2023	En millions d'euros	En %
Soins hospitaliers				
Hôpitaux du secteur public	84 057	84 916	860	1,0
Hôpitaux du secteur privé	25 338	25 249	-90	-0,4
Soins ambulatoires				
Médecins généralistes	10 552	10 464	-88	-0,8
Médecins spécialistes	13 882	13 637	-246	-1,8
Sages-femmes	511	512	2	0,3
Infirmiers	9 256	9 263	7	0,1
Masseurs-kinésithérapeutes	6 587	6 543	-44	-0,7
Orthophonistes	1 140	1 140	1	0,1
Orthoptistes	307	305	-2	-0,7
Pédicure	55	55	0	-0,1
Dentistes	13 940	13 478	-462	-3,4
Laboratoires de biologie médicale	4 878	4 689	-189	-4,0
Cures thermales	205	201	-4	-1,8
Transports sanitaires	5 580	5 579	-1	0,0
Médicaments en ambulatoire	31 138	31 108	-29	-0,1
Optique	7 159	7 256	97	1,3
Biens médicaux hors optique	12 113	12 531	419	3,3
Consommation de soins et de biens médicaux	226 696	226 927	231	0,1

Source > DREES, comptes de la santé.

L'ensemble des révisions modifie le montant de la CSBM de +231 millions d'euros en 2021, soit une révision de +0,1 % de la CSBM (tableau 5).

Tableau 6 Synthèse de l'impact des révisions sur la CSBM de 2021 entre l'édition 2022 et 2023, par source de révision

En millions d'euros

	Révision de la CSBM de 2021
Consolidation des données provisoires	715
Hôpital public	723
Fourniture par l'ANSP de médicaments Covid-19	218
Test PCR	-290
Autres révisions de données provisoires	64
Modification de champ	292
Ajout des remises conventionnelles de biens médicaux	-132
Ajout des dépenses non prises en charge de matériel médical	424
Modification méthodologique	-776
Révision des dépenses non prises en charge de dentistes	-179
Révision des dépenses non prises en charge de lentilles	73
Correction du calcul des dépassements des spécialistes en cliniques privées	-108
Correction du calcul des dépassements des spécialistes, en cabinet libéral ou en centre de santé	-195
Correction du calcul des dépassements de dentistes, en cabinet libéral ou en centre de santé	-260
Correction du calcul du ticket modérateur pour les cliniques privées	95
Correction du calcul du ticket modérateur pour les médecins généralistes	-87
Correction du calcul des prises en charge de cotisations des médecins spécialistes	-72
Correction du calcul des remises conventionnelles	-42
Ensemble des révisions	231

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions de données provisoires et les modifications de champ conduisent à réviser à la hausse le niveau de la CSBM en 2021 (de respectivement +715 millions d'euros et +292 millions d'euros) [tableau 6]. Elles sont largement compensées par les modifications méthodologiques qui ont un impact opposé (-776 millions d'euros). Au final, le niveau de la CSBM en 2021 est légèrement révisé à la hausse entre les deux éditions du Panorama des dépenses de santé (+231 millions d'euros).

5) Les révisions sur le financement de la CSBM

Différentes révisions et corrections méthodologiques ont modifié la répartition des dépenses par financeur de la CSBM en comparaison de la précédente édition.

a) Correction de la contribution des organismes complémentaires au FPMT

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) est versé par l'Assurance maladie aux médecins généralistes et spécialistes pour le suivi des patients les ayant déclarés comme médecin traitant. Depuis sa mise en place en 2013, les organismes complémentaires (OC) contribuent à son financement via un versement spécifique à l'Assurance maladie. En 2022, cette participation s'élève à 327 millions d'euros sur une enveloppe globale de 874 millions d'euros. Les comptes de la santé considèrent que cette participation des organismes complémentaires finance directement le FPMT, même si leur participation est versée à l'Assurance maladie qui réalise le versement effectif aux médecins.

La contribution des organismes complémentaires au financement du FPMT n'est cependant pas correctement isolée dans les états comptables des organismes complémentaires exploités par la DREES pour l'élaboration des comptes de la santé. Dans l'édition 2022, cette participation avait été intégralement imputée aux prestations des organismes complémentaires versées au titre des honoraires de médecins généralistes. Après vérification auprès des fédérations d'organismes complémentaires, il s'avère que cette participation n'est pas incluse dans le poste médecins généralistes mais est ventilée entre les différents postes de soins. Pour cette édition des comptes de la santé, le FPMT est isolé, autrement dit, retiré au prorata des dépenses de chaque poste de soins, en cohérence avec la pratique des écritures comptables des organismes complémentaires. Il est ensuite affecté aux médecins généralistes bénéficiaires du FPMT.

Annexe 3 > Les révisions de l'édition 2022 des comptes de la santé

Au final, cette correction augmente le financement des médecins généralistes par des organismes complémentaires de 324 millions d'euros en 2021 en comparaison de la précédente édition. Comme le montant global des prestations des OC reste inchangé, le financement des autres postes de dépenses est réduit d'autant.

- b) Correction d'un double compte dans l'estimation du financement de l'hôpital public par les administrations publiques

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 (voir annexe 2). La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est évaluée dans le cadre des comptes nationaux comme la partie non marchande de la production du secteur hospitalier sur le champ de la santé.

Le financement de cette production non marchande est ensuite ventilé par financeur à partir des données fournies par le département des comptes nationaux de l'Insee. Lors de l'édition 2023 des comptes de la santé, il est apparu que ce financement par les administrations publiques fourni par l'Insee incluait déjà les financements versés au titre de la CSS et des régimes d'Assurance maladie complémentaire (régime local d'Alsace-Moselle et Camieg). Dans les précédentes éditions, ces financements complémentaires étaient ajoutés à tort par la DREES à ceux transmis par l'Insee, entraînant un double compte et réduisant la part à la charge des autres financeurs.

Pour l'édition 2023, ce double compte lié aux financements CSS, régime local d'Alsace-Moselle et Camieg de l'hôpital public a été retiré. Le retrait de ce double compte réduit la part financée par l'Assurance maladie de la production de soins de l'hôpital public et il augmente le reste à payer par les autres financeurs (organismes complémentaires et ménages).

Tableau 7 Synthèse des révisions sur le financement de l'hôpital public de 2010 à 2021

En millions d'euros

	Retrait financement CSS (CMU avant 2021)	Retrait financement régime local d'Alsace Moselle	Retrait financement Camieg	Total des retraits financement Sécurité sociale
2010	-350	-54	0	-404
2011	-380	-56	0	-436
2012	-399	-55	0	-454
2013	-403	-56	0	-459
2014	-429	-55	0	-484
2015	-438	-53	0	-491
2016	-439	-52	0	-492
2017	-441	-51	0	-492
2018	-449	-55	0	-505
2019	-460	-52	0	-512
2020	-494	-46	0	-540
2021	-642	-46	0	-688

Source > DREES, comptes de la santé.

- c) Correction du partage du financement des organismes complémentaires aux soins en établissements de santé

Les états comptables des organismes complémentaires sont transmis chaque année par l'ACPR aux comptes de la santé. La précision des données transmises s'accroît au fil du temps et cette année les comptes de la santé ont fait le choix d'utiliser la déclinaison des dépenses entre hôpital public et clinique privée transmise directement par les organismes complémentaires. Dans l'édition précédente, les comptes de la santé utilisaient uniquement le total des prestations à destination des établissements de santé, puis ventilaient les dépenses entre hôpital public et clinique privée par le biais de clés de passage (taux fixes).

Ce nouveau partage, issu directement des données transmises par les organismes complémentaires, modifie la répartition du financement entre hôpital public et cliniques privées sans modifier le total des prestations versées aux établissements de santé. La révision apparente du total des prestations OC versée aux établissements de santé est uniquement liée la modification intervenue dans le calcul de la participation des OC au FPMT (voir supra).

Tableau 8 Révision entre l'édition 2022 et 2023 du financement des organismes complémentaires de l'hôpital public et des cliniques privées de 2010 à 2022*En millions d'euros*

	Hôpital public	Cliniques privées
2010	612	-612
2011	645	-645
2012	659	-659
2013	676	-689
2014	675	-701
2015	692	-717
2016	684	-709
2017	690	-715
2018	646	-685
2019	706	-757
2020	589	-651
2021	590	-670

Source > DREES, comptes de la santé.

d) Reclassement du financement des organismes complémentaires de vaccins en dépenses de prévention

Dans l'édition 2022 des comptes de la santé, les dépenses de vaccination ont été reclassées du poste de consommation de médicaments au poste de dépenses de prévention, conformément aux recommandations internationales. Or le financement de ces dépenses par les organismes complémentaires était resté à tort intégralement rattaché aux dépenses de médicaments dans la précédente édition ; il a été corrigé pour cette édition. Le financement des achats de vaccins par les organismes complémentaires a ainsi été rattaché au poste des dépenses de prévention.

En comparaison de la précédente édition, ce reclassement réduit le financement par les organismes complémentaires du poste des médicaments et l'augmente pour les dépenses de prévention.

Tableau 9 Révision des prestations des organismes complémentaires pour la consommation de vaccins de 2010 à 2022*En millions d'euros*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CSBM Médicament	-111	-106	-98	-98	-92	-121	-127	-126	-157	-162	-151	-144
DCSi Dépenses de prévention	111	106	98	98	92	121	127	126	157	162	151	144

Source > DREES, comptes de la santé.

e) Modification de la clé d'allocation des prestations des organismes complémentaires

Les états comptables des organismes complémentaires détaillent les prestations par postes de soins à un niveau parfois moins détaillé que celui souhaité par les comptes de la santé. C'est le cas en particulier pour les auxiliaires médicaux où les organismes complémentaires transmettent seulement un total des prestations versées pour l'ensemble du poste, sans déclinaison par type de praticiens. Les comptes de la santé ventilent ces prestations pour estimer un financement des organismes complémentaires pour chaque type de praticiens.

Dans les précédentes éditions, les prestations étaient ventilées au prorata de la dépense remboursable opposable (ticket modérateur et dépassements). Cette année, la méthode de calcul a été affinée : elle prend désormais aussi en compte les dépenses non prises en charge aux remboursements par l'Assurance maladie. Pour cette édition des comptes, la clé de ventilation des prestations organismes complémentaires est

calculée comme la somme du ticket modérateur, des dépassements, des honoraires des praticiens non conventionnés et des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie.

Tableau 10 Révision des prestations des organismes complémentaires versées aux auxiliaires médicaux en 2021

En millions d'euros

	Édition 2023	Édition 2022	Révision
Infirmiers	311	472	-161
Masseurs-kinésithérapeutes	1 353	1 151	202
Orthophonistes	166	217	-51
Orthoptistes	49	68	-19
Pédicures	2	3	-1
Auxiliaires médicaux	1 881	1 912	-31

Source > DREES, comptes de la santé.

Cette nouvelle méthode d'allocation accroît le financement des organismes complémentaires des praticiens effectuant des actes non pris en charge par l'Assurance maladie (les masseurs-kinésithérapeutes). Le total des prestations versées aux auxiliaires médicaux reste inchangé ; l'écart apparent sur les prestations versées en 2021 est dû à la révision du FPMT (*voir supra*).

f) Reclassement des dotations pour les hôpitaux militaires et des achats de masques par l'État

Le financement des hôpitaux militaires est assuré par l'État *via* une dotation annuelle fixée par le programme budgétaire n° 178. Dans les précédentes éditions, comme une partie de la dotation était ensuite remboursée par l'Assurance maladie, les comptes de la santé avaient affecté le financement de la dotation à l'Assurance maladie. Pour cette édition, les comptes de la santé considèrent que l'État, en tant qu'organisme décisionnaire de la dépense, est le financeur direct des hôpitaux militaires. La dotation annuelle est donc reclassée de l'Assurance maladie vers l'État.

La consolidation des données sur les masques a permis cette année de mieux identifier le circuit d'achat des masques fournis aux hôpitaux publics. Sur l'ensemble des masques FFP2 et chirurgicaux consommés intermédiairement par les administrations publiques (ici identifiées aux hôpitaux publics) seule une partie a été fournie par Santé publique France. L'hypothèse est que l'autre partie a été achetée par les collectivités locales. Ce reclassement ne modifie pas le montant de masques consommés, mais seulement sa répartition par financeur.

Tableau 11 Révisions des dépenses financées par l'État ou les collectivités locales

En millions d'euros

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Reclassement du financement de la dotation des hôpitaux militaires par l'État	392	375	368	373	375	379	397
Reclassement du financement d'une partie des masques consommés à l'hôpital public par les collectivités locales					266	252	
Total	392	375	368	373	641	630	397

Source > DREES, comptes de la santé.

g) Bilan des révisions sur le financement de la CSBM

Les révisions sur le financement de la CSBM sont de plus forte ampleur que celles sur le niveau de la dépense. Le reste à charge pour les ménages est révisé à la hausse de 0,1 point en 2021, et de 0,5 point en 2020. Cette révision à la hausse est principalement due à la correction du double compte du financement de l'hôpital public et de l'ajout des dépenses non remboursables de biens médicaux.

Tableau 12 Révision des dépenses de santé entre l'édition 2022 et l'édition 2023, par financeur

En millions d'euros et en point de pourcentage

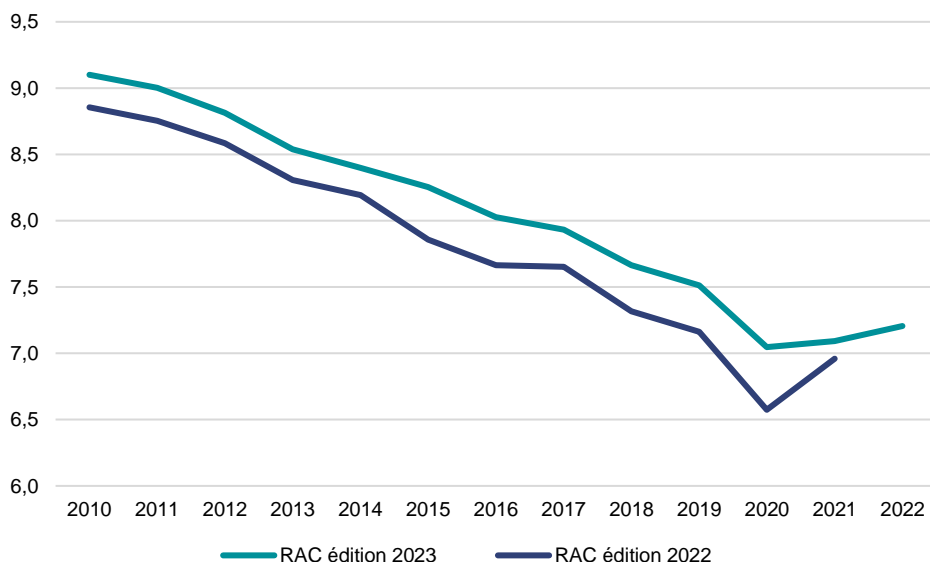
	En millions d'euros			En point de pourcentage		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Sécurité sociale	-852	-1285	-451	-0,5	-0,7	-0,3
État	375	639	651	0,2	0,3	0,3
Organismes complémentaires	-138	-121	-270	-0,1	-0,1	-0,1
Ménages	855	1011	300	0,4	0,5	0,1
CSBM	240	245	231	0,0	0,0	0,0

Lecture > Dans l'édition 2023 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la baisse de 231 millions d'euros pour l'année 2021. Les dépenses de santé prises en charge par les ménages ont été révisées à la hausse de 300 millions d'euros. Dans l'édition 2022, la part des dépenses à la charge des ménages représente 7,1 % de la CSBM, contre 7,0 % dans la précédente édition, soit une révision de +0,1 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Révision du reste à charge des ménages entre l'édition 2022 et 2023, de 2010 à 2022

En millions d'euros et en point de pourcentage



Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge est révisé en hausse sur l'ensemble de la période 2010-2022. L'ampleur de la révision est assez stable entre 2010 à 2019.

L'amplitude de la révision est un peu plus élevée en 2020, du fait que la révision sur les dépassements des dentistes et des spécialistes (facteur de révision à la baisse du RAC) est moins importante sur la seule année 2020. *A contrario*, la révision est plus faible en 2021, car la consolidation des données provisoires de l'année passée vient neutraliser en grande partie l'effet des autres révisions.

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 et la nomenclature utilisée pour le classement étant différente entre les deux agrégats, d'autres modifications méthodologiques en concernent que la DCSi.

Tableau 13 Bilan des révisions de la DCSi par fonction en 2021

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2020		Révision	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2022	En niveau	En %
CSBM	226 696	226 927	231	0,1
HC.1+ HC.2 - Soins courants	162 062	155 930	-6 132	-3,9
HC.4 - Services auxiliaires	13 564	13 266	-298	-2,2
HC.5 - Biens médicaux	51 070	57 731	6 661	11,5
Hors CSBM			0	
HC.3 - Les soins de longue durée	48 770	47 694	-1 076	-2,3
HC.6 - Prévention institutionnelle	16 917	17 546	629	3,6
HC.7 - Gouvernance	15 401	15 401	0	0,0
DCSi	307 784	307 568	-216	-0,1

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions apportées à la dépense courante de santé (DCSi) entre les deux publications diminuent son montant de 0,2 milliard d'euros en 2021.

Tableau 14 Synthèse des révisions sur la DCSi pour l'année 2020 entre les éditions 2021 et 2022, par source de révision

	Révision de la DCSi 2021
Révision de la CSBM hors modification de champ	231
Révision des dépenses d'hébergement en Ehpad (partie Assurance maladie)	-184
Révision des dépenses d'hébergement en Ehpad (partie Ménage)	-864
Consolidation vaccin Covid-19	138
Ajout autotest Covid-19	73
Consolidation dépenses de tests de dépistage Covid-19	390
Ajout des biens médicaux et médicaments en sus dans HC.5	+6 100
Retrait des biens médicaux et médicaments en sus de HC.1	-6 100
Ensemble des révisions de la DCSi	-216

Source > DREES, comptes de la santé.

Le coût des dépenses d'hébergement a été révisé à partir de 2020. La méthode d'actualisation du coût utilisait, entre autre source d'information, l'évolution des dotations versées aux établissements par l'Assurance maladie. Avec l'accroissement important des dotations versées au déclenchement de l'épidémie, l'évolution des dotations s'est décorrélée de celle des dépenses d'hébergement.

La nouvelle méthode, utilisée cette année, s'appuie sur les données calculées par les comptes nationaux, celle-ci estime les dépenses d'hébergement grâce au nombre de résident en EPHAD multiplié par un coût moyen.

Par ailleurs, les dépenses de dépistage par test Covid-19 ont été consolidées, les données utilisées l'année précédente étaient encore provisoires.

Tableau 15 Bilan des révisions de la DCSi par financeur en 2021

En millions d'euros

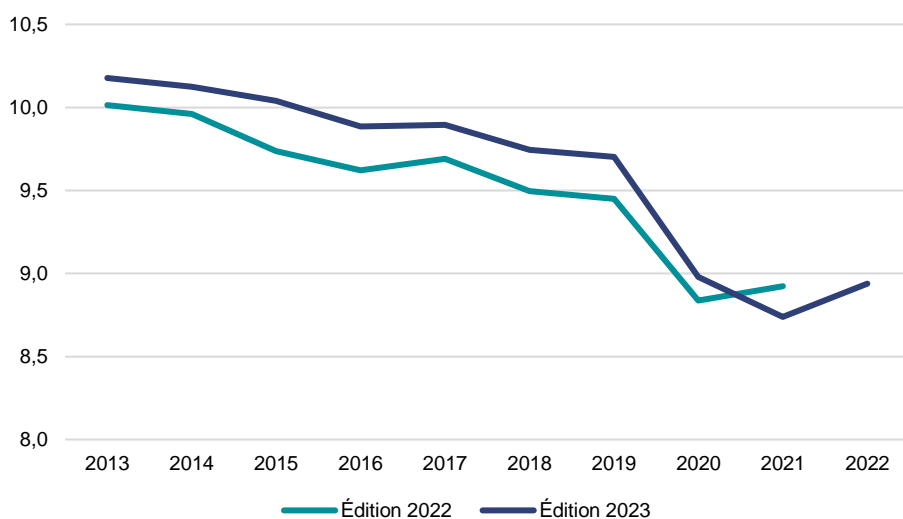
	Sécurité sociale	État	Organismes complémentaires	Entreprises privées	Ménages	Total
CSBM	-451	651	-270	0	300	231
HC 3 - Soins de longue durée	-1 875	1 653	18	0	-872	-1 077
HC_6 - Prévention	449	6	144	46	-16	629
HC_7 - Gouvernance	0	0	0	0	0	0
Total	-1 877	2 310	-108	46	-588	-216

Source > DREES, comptes de la santé.

Sur la partie du financement de la DCSi, un reclassement de 1 650 millions d'euros de la Sécurité sociale vers l'État a été effectué pour l'année 2021 seulement. Lors du calcul du compte provisoire des dépenses de soins de longue durée, une partie des prestations avait été affectée par erreur à la Sécurité sociale au w.

Graphique 2 Révision du reste à charge des ménages de la DCSi entre l'édition 2022 et 2023, de 2013 à 2022

En point de pourcentage



Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions opérées sur la DCSi accroissent la part du financement à la charge des ménages pour l'ensemble des années, à l'exception de l'année 2021. La révision effectuée sur les dépenses de soins de longue durée s'accroît en 2021 et elle surpasse en valeur toutes les autres sources de révisions.

Dans l'édition 2023 des comptes de la santé, le reste à charge des ménages représente 8,7 % de la DCSi en 2021 contre 8,9 % dans l'édition précédente, soit une révision de -0,2 point de pourcentage.

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 :

$$\text{val}(i, t) = \text{vol}(i, t) \times \text{prix}(i, t)$$

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, 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) :

$$I^{\text{val}}(i, t) = I^{\text{vol}}(i, t) \times I^{\text{P}}(i, t)$$

avec $I^{\text{val}}(i, t) = \frac{\text{val}(i, t)}{\text{val}(i, t-1)}$, $I^{\text{vol}}(i, t) = \frac{\text{vol}(i, t)}{\text{vol}(i, t-1)}$ et $I^{\text{P}}(i, t) = \frac{\text{prix}(i, t)}{\text{prix}(i, t-1)}$

Transcrire à un ensemble de produits (plus ou moins hétérogènes) ce partage effectué pour un produit homogène donné nécessite de définir des modalités d'agrégation. En effet, avec des produits hétérogènes, la somme de volumes physiques ne fait pas sens. Par exemple, un nombre de boîtes de médicaments ne s'additionne pas avec un nombre de séances de dialyse. La comptabilité nationale introduit la notion de « volumes aux prix de l'année précédente » qui somme les volumes élémentaires en les pondérant par les prix de l'année précédente afin de sommer des grandeurs toutes homogènes à des euros de l'année précédente. L'évolution de la valeur d'un ensemble de produits hétérogènes se décompose ainsi entre une variation de volumes au prix de l'année précédente et un effet de prix.

En pratique, la relation fondamentale du partage de la valeur en volume et prix est utilisée de manière équivalente pour déduire l'un des trois facteurs des deux autres : dans la plupart des cas, l'évolution de la valeur et celle de l'indice de prix sont connues, et l'évolution des volumes en est déduite.

La construction des indices

Notations :

Soit un panier de produits élémentaire homogène. $Val(t)$ désigne à la date t sa valeur, $Vol(t)$ son volume et $P(t)$ son prix.

i désigne un produit élémentaire homogène échangé à la date t en quantité $q(i, t)$ à un prix $p(i, t)$, $val(i, t)$ est sa valeur.

Valeurs :

La valeur à la date t du panier considéré est par définition :

$$\text{Val}(t) = \sum_i \text{val}(i, t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t)$$

L'indice d'évolution de la valeur globale du panier dépend des prix et des quantités des années t et $t-1$:

$$\frac{\text{Val}(t)}{\text{Val}(t-1)} = \frac{\sum_i \text{val}(i, t)}{\sum_i \text{val}(i, t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}$$

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 :

$$\text{Vol}(t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)$$

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 :

$$\frac{\text{Vol}(t)}{\text{Vol}(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{\text{val}(i, t-1)}{\text{Val}(t-1)} \right) \times \frac{q(i, t)}{q(i, t-1)} \right]$$

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 :

$$\begin{aligned} \frac{P(t)}{P(t-1)} &= \frac{\text{Val}(t)/\text{Val}(t-1)}{\text{Vol}(t)/\text{Vol}(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} \times \frac{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \end{aligned}$$

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'agrèger 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 du secteur hospitalier

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 fourni par les établissements de santé publics (méthode *output* à partir des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'ATIH).

À l'occasion de l'édition 2022, la méthode de calcul du volume de soins pour la composante médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a été ajustée pour tenir compte de spécificités liées à la crise sanitaire. 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. Un « effet qualité » exceptionnel a été ajouté pour les deux années de crise sanitaire correspondant aux primes versées aux personnels hospitaliers dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire pour prendre en compte la surcharge de travail spécifique pour le suivi des patients atteints du Covid-19. 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.

La source de donnée mobilisée pour le partage volume-prix sur le champ de la psychiatrie (PSY) et des soins de suite et de réadaptation (SSR) ne sont plus disponibles au format utilisé jusqu'alors pour l'année 2022. D'autres données de l'ATIH, publiées sur leur site internet, sont exploitées en remplacement de l'ancienne source. Pour 2022, les données sont encore partielles, tous les établissements n'ayant pas encore transmis leurs données pour la totalité de l'année. Les données sont fournies par les établissements jusqu'au mois de décembre de l'année correspondante. L'évolution en volume est calculée en comparant les données des établissements présents durant les deux périodes. Ce cylindrage des données réduit légèrement la taille de l'échantillon total (estimée à moins de 0,5 % de l'échantillon chaque année) et peut conduire à une légère surestimation du volume.

Le taux de croissance en volume n'ayant pas été révisé entre les éditions 2022 et 2023, les révisions du prix des soins hospitaliers publics proviennent de celles de la valeur des soins (*voir annexe 3*).

Le prix des soins en cliniques privées

À la différence du secteur public, la croissance en volume pour les cliniques privées 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 pour les activités MCO et SSR). Pour les tarifs PSY, la CNAM ne fournissant plus la série utilisée, les données de l'ATIH sont exploitées à partir de 2022. Enfin, la CNAM calcule deux autres indices de prix sur les biens

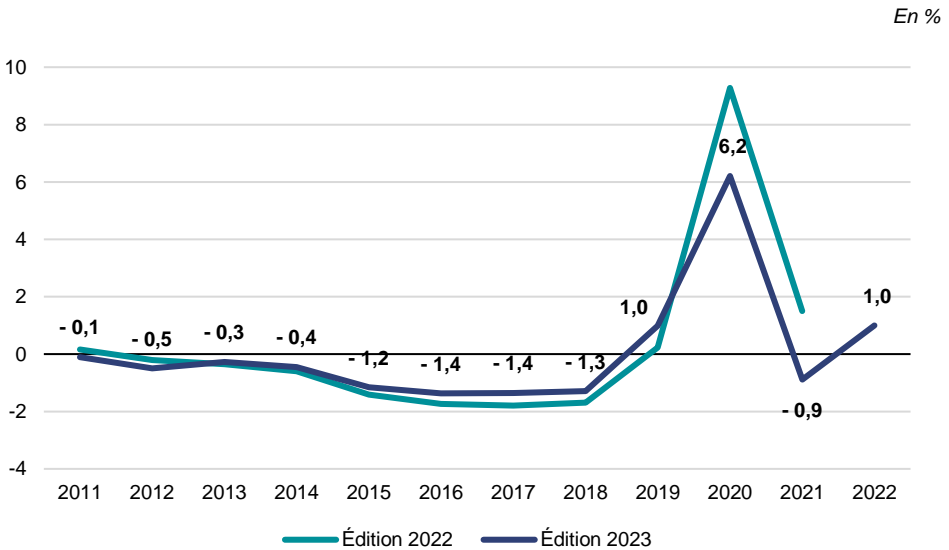
¹ Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

médicaux et médicaments de la liste en sus. Il est ensuite conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses biologiques)¹.

La garantie de financement mise en place en 2020, 2021 et 2022 du fait de la crise liée au Covid-19 est de son côté considérée comme un pur effet prix.

Les révisions du taux de croissance des prix du secteur hospitalier privé sur le passé (*graphique 1*) proviennent notamment de la correction d'une erreur sur le traitement de la garantie de financement pour l'année 2020 et de la révision du montant des remises (*voir annexe 3*).

Graphique 1 Taux de croissance du prix du secteur hospitalier privé



Sources > CNAM, ATIH ; calculs DREES.

Sur le champ des soins ambulatoires, deux sources distinctes sont exploitées pour l'estimation du partage volume-prix : d'un côté, les indices des prix à la consommation (IPC), données fournies par la division des indices de prix à la consommation de l'Insee ; de l'autre, les séries du fichier de la statistique mensuelle de la CNAM. Les données de la CNAM ont été mobilisées pour la première fois pour la présente édition des comptes de la santé, l'IPC ayant été privilégié jusqu'alors. Les données de la CNAM ayant fait l'objet d'une labellisation par l'Autorité de la statistique publique (ASP), ces deux sources relèvent de la production statistique publique.

Utilisation de l'IPC dans les comptes de la santé

L'IPC produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Il se décompose en sous-indices correspondant à des produits spécifiques. Ces indices sont employés, comme pour les éditions précédentes, pour le partage volume-prix des postes suivants de la CSBM :

- les soins de médecins ;
- les analyses de laboratoire ;
- les médicaments ;
- les biens médicaux.

Le prix des soins de médecins

Dans le cas des soins de médecins, l'IPC retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires.

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.

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 rémunérations forfaitaires et le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité

Les rémunérations forfaitaires sont, pour la plupart d'entre elles, retracées directement dans les postes auxquelles elles se réfèrent. L'indice de prix qui est appliqué aux rémunérations forfaitaires est, par convention, le même indice que pour le reste du poste (par exemple : le prix des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes suit celui du poste médecin généraliste).

Le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) est considéré pour sa part, comme un pur effet prix.

Le prix des analyses de laboratoire

Pour le poste des analyses de laboratoire, l'IPC 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.

Le prix des médicaments

Les IPC des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) calculés par l'Insee correspondent aux 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.

La baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante (développement des génériques en particulier). Par ailleurs, 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 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 (2012)¹.

L'IPC est utilisé pour effectuer le partage volume-prix de la consommation des médicaments hors remises conventionnelles. Ces remises sont négociées par l'Assurance maladie auprès des entreprises produisant des médicaments et autres dispositifs médicaux à travers le Comité économique des produits de santé² (CEPS). Ces remises versées directement à l'Assurance maladie (sans effet sur le prix en officine) constituent un rabais sur le prix qu'elle paye sur certains médicaments et biens médicaux. Ces remises conventionnelles sont considérées dans les comptes de la santé comme un pur effet prix. Cet effet s'ajoute à l'évolution des prix mesurée par l'IPC. La forte progression des remises pharmaceutiques ces dernières années se traduit par un effet à la baisse sur l'évolution du prix des médicaments.

¹ Aunay, T. (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première*, 1408.

² Comité économique des produits de santé (2022, décembre). Rapport d'activité 2021.

Le prix des biens médicaux

Le prix des biens médicaux provient également de quatre indices issus de l'IPC :

- 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.

Les indices de prix de la CNAM dans les comptes de la santé

Certains indices de prix issus de l'IPC employés dans les précédentes éditions des comptes de la santé pour construire le partage volume-prix de la CSBM présentaient des défauts importants.

L'IPC relatif aux soins des auxiliaires médicaux, par exemple, était stable depuis 2014, alors même que certains tarifs avaient fait l'objet d'une revalorisation dans le cadre d'avenants négociés par la CNAM avec les fédérations professionnelles. Cette stabilité apparente de l'indice ne reflétait donc pas une réelle stabilité tarifaire mais provenait de la méthodologie mise en œuvre par l'Insee. En effet, celle-ci ne prenait pas en compte les changements de cotations des actes, mais uniquement la valorisation des lettres clés. Ces choix méthodologiques s'expliquent par le besoin de simplification de la construction des indices pour l'ensemble des produits constituant la consommation des ménages.

La CNAM produit, quant à elle, des séries labellisées par l'Autorité de la statistique publique permettant de construire un indice de prix sur le champ des soins et biens médicaux à un niveau très détaillé. La CNAM tire parti d'une connaissance fine des négociations tarifaires sur le champ de la santé.

Pour l'élaboration de l'édition 2023 des comptes de la santé, la DREES a conduit un travail de comparaison des indices de prix produits par l'Insee et par la CNAM, en lien avec la division « indices des prix à la consommation » ainsi que la section « consommation des ménages » du département des comptes nationaux à l'Insee. Suite à ce travail, la source CNAM a été privilégiée pour le partage volume-prix de sept postes de la CSBM :

- les soins délivrés par les cinq familles d'auxiliaires médicaux ;
- les soins de sages-femmes ;
- les soins de dentistes.

Ce changement d'indice a été mis en œuvre pour les années 2010 à 2022 et entraîne la révision sur cette période des évolutions en volume et en prix pour ces postes.

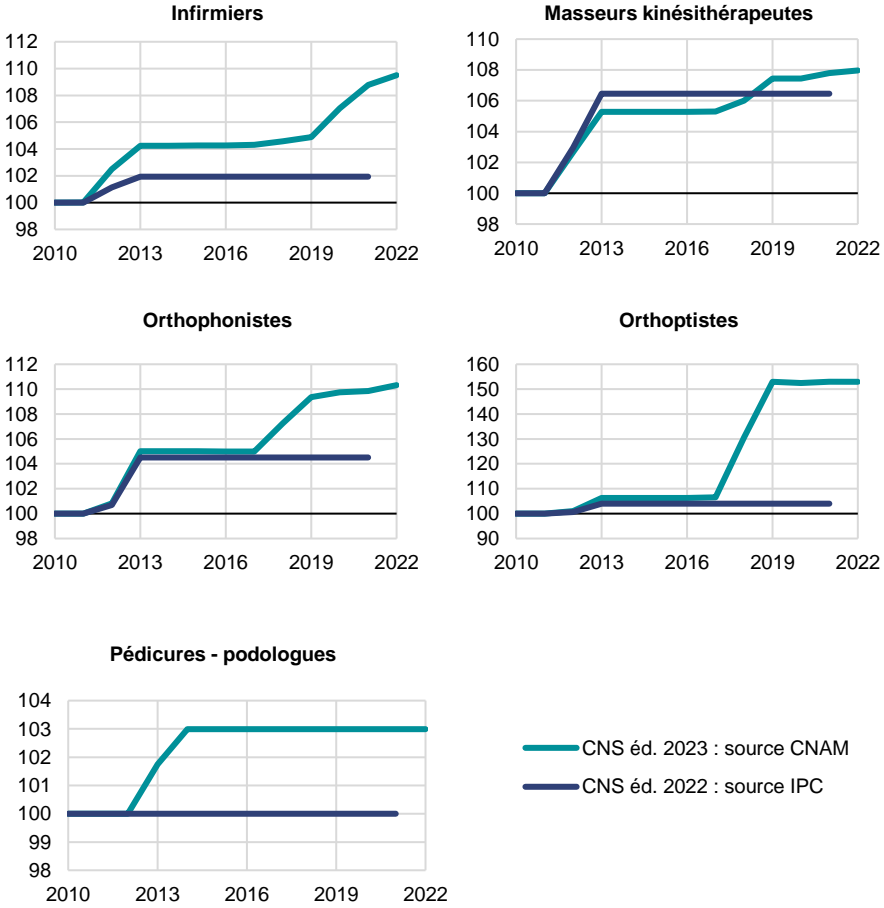
Le prix des soins des auxiliaires médicaux

Les indices calculés par la CNAM tiennent compte précisément des évolutions de tarifs ciblés décidées lors des avenants signés entre l'Assurance maladie et les fédérations professionnelles. Ils ont été retenus pour l'estimation du prix des soins délivrés par les cinq familles d'auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

Comme indiqué ci-dessus, les séries d'indices de prix construites par l'Insee et mobilisées dans les précédentes éditions des comptes de la santé ne reflétaient pas parfaitement ces évolutions tarifaires (*graphique 1*).

Graphique 2 Comparaison des indices de prix IPC et CNAM pour les auxiliaires médicaux

Base 100 en 2010

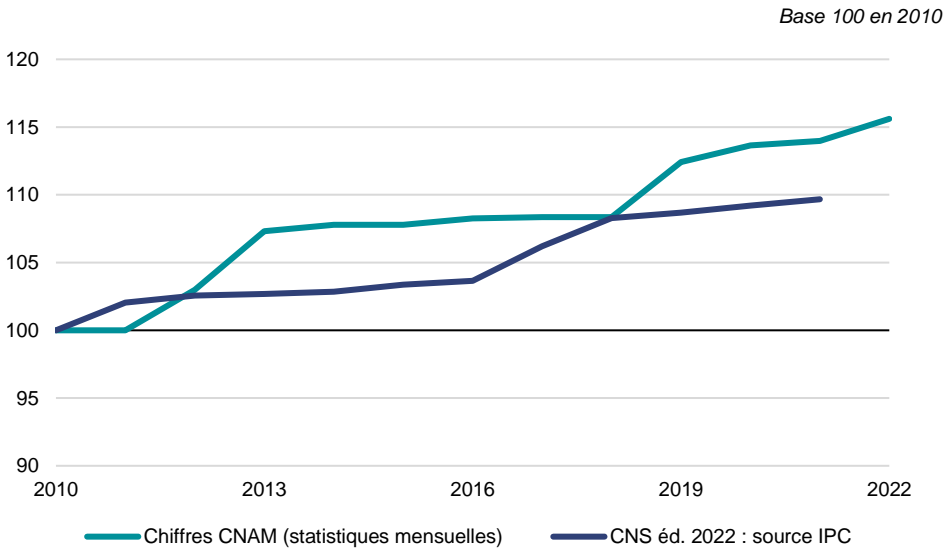


Sources > Insee-IPC, CNAM (statistiques mensuelles) ; calculs DREES.

Le prix des soins de sages-femmes

L'IPC ne produisant pas d'indice spécifique pour les soins de sages-femmes, la série utilisée dans les précédentes éditions des comptes de la santé était celle des médecins généralistes. Dans cette édition, le partage volume-prix des soins de sages-femmes est réalisé sur la base de l'indice de prix de la CNAM calculé spécifiquement sur les actes de sages-femmes.

Graphique 3 Comparaison indice IPC et CNAM pour les sages-femmes



Sources > IPC, CNAM (statistiques mensuelles) ; calculs DREES.

Le prix des soins des dentistes

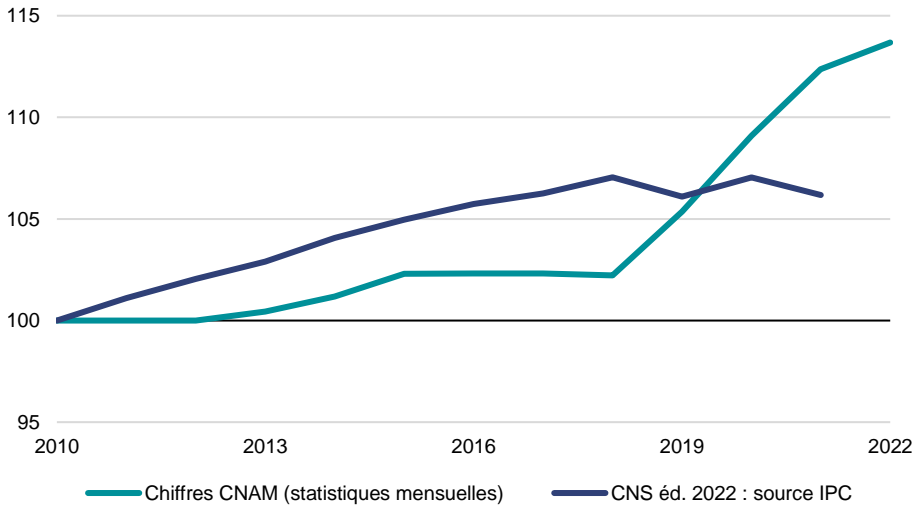
Les deux séries CNAM et IPC présentent des différences significatives sur la période récente pour les soins de dentistes.

L'analyse des avenants négociés entre la CNAM et les fédérations de dentistes indique que la série d'indice de prix calculée par la CNAM semble plus conforme aux évolutions des prix des soins de dentistes que celle de l'IPC. Ainsi, en 2021, alors que les soins de dentistes progressent de 18 % en valeur, l'IPC indique une baisse de prix de près de 1 % tandis que la CNAM indique une hausse de prix de l'ordre de 3 % (graphique 3).

Les indices de prix élaborés par la CNAM retracent à la fois la hausse des prix des soins conservateurs liée au 100 % santé qui s'est poursuivie ces deux dernières années mais également celle du prix des prothèses qui, après une baisse transitoire lors de l'instauration du 100 % santé, serait depuis reparti à la hausse ces deux dernières années.

Graphique 4 Comparaison indice IPC et CNAM pour les dentistes

Base 100 en 2010



Sources > IPC, CNAM (statistiques mensuelles) ; calculs DREES.

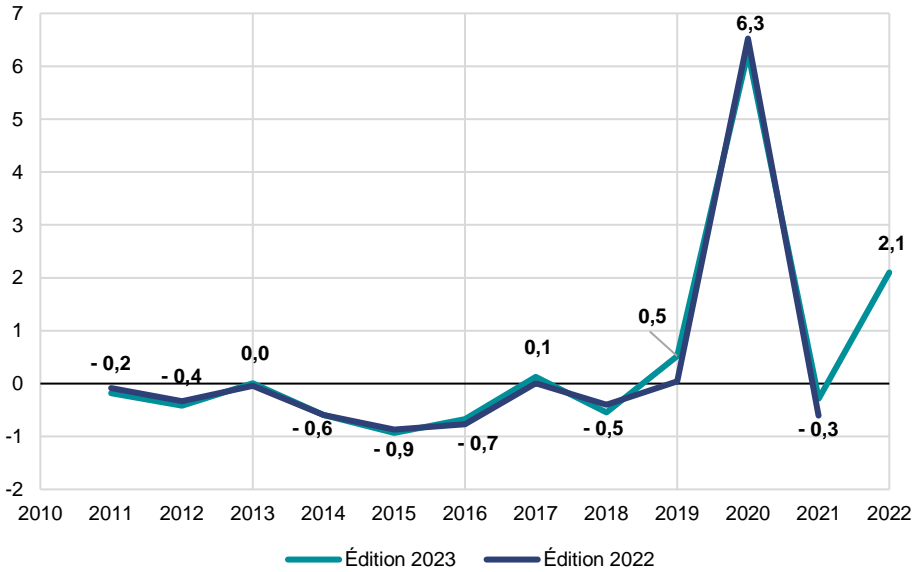
Synthèse : révision du partage volume-prix de la CSBM

Avant 2019, les révisions du déflateur de la CSBM sont contenues entre -0,1 et +0,1 point. Le taux de croissance du déflateur révisé de 0,5 point en hausse pour l'année 2019, de -0,3 point en 2020 et +0,3 point en 2021 (*graphique 4*). Les révisions sur ces trois années proviennent principalement de trois postes (*graphique 5*) :

- Les soins de dentistes contribuent à réviser à la hausse la croissance du déflateur de la CSBM en 2019 sous l'effet du changement de l'indice de prix sous-jacent (*voir supra*).
- Les soins du secteur hospitalier privé contribuent à la révision en baisse en 2020 et 2021 sous l'effet de la correction d'une erreur liée au traitement des garanties de financement en 2020 et de la révision des remises en 2021 (*voir supra*).
- Les soins du secteur hospitaliers contribuent à la révision à la hausse en 2021 du fait de la révision de la valeur des soins (*voir supra et annexe 3*).

Graphique 5 Taux de croissance du déflateur de la CSBM

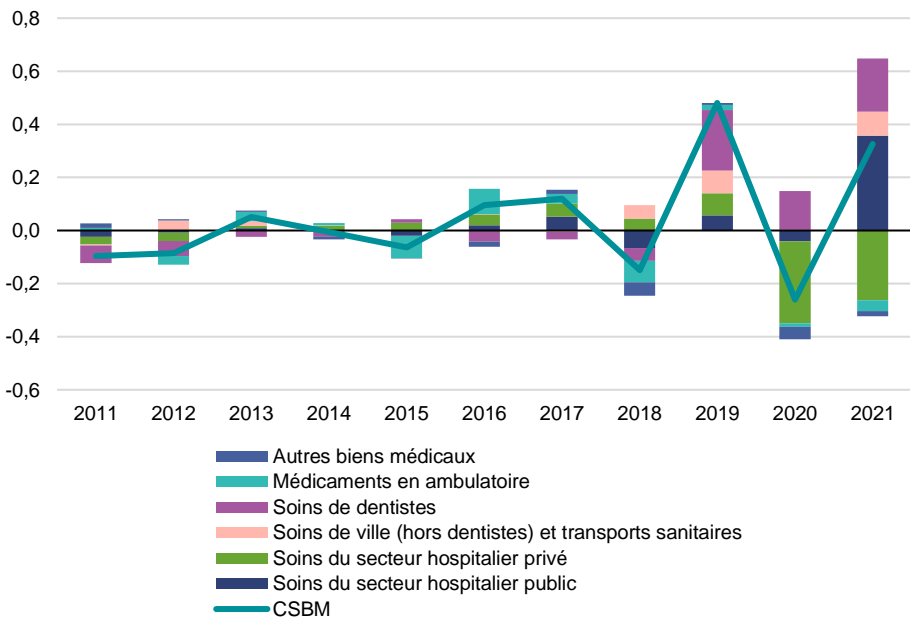
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 6 Contribution à la révision du taux de croissance du déflateur de la CSBM entre les éditions 2022 et 2023

En points

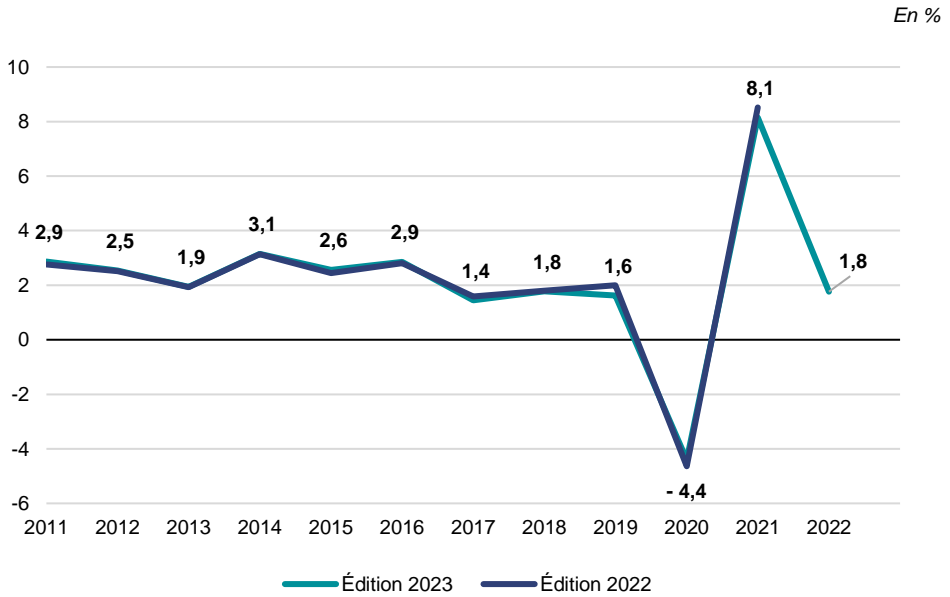


Source > DREES, comptes de la santé.

Comme pour le déflateur, les révisions du taux de croissance de la CSBM en volume en 2019 sont limitées. Il révisé de -0,4 point pour l'année 2019, de +0,2 point en 2020 et -0,4 point en 2021 (*graphique 6*). Les principales révisions sur ces trois années proviennent principalement de deux postes (*graphique 7*) :

- Les soins de dentistes contribuent à réviser à la baisse la CSBM en volume en 2019 et 2021 sous l'effet du changement de l'indice de prix sous-jacent et de la valeur des soins pour 2021 (*voir supra et annexe 3*).
- Les soins du secteur hospitalier privé contribuent à réviser à la hausse la CSBM en volume en 2020 et 2021 en contrepartie de la révision des indices de prix (*voir supra*).

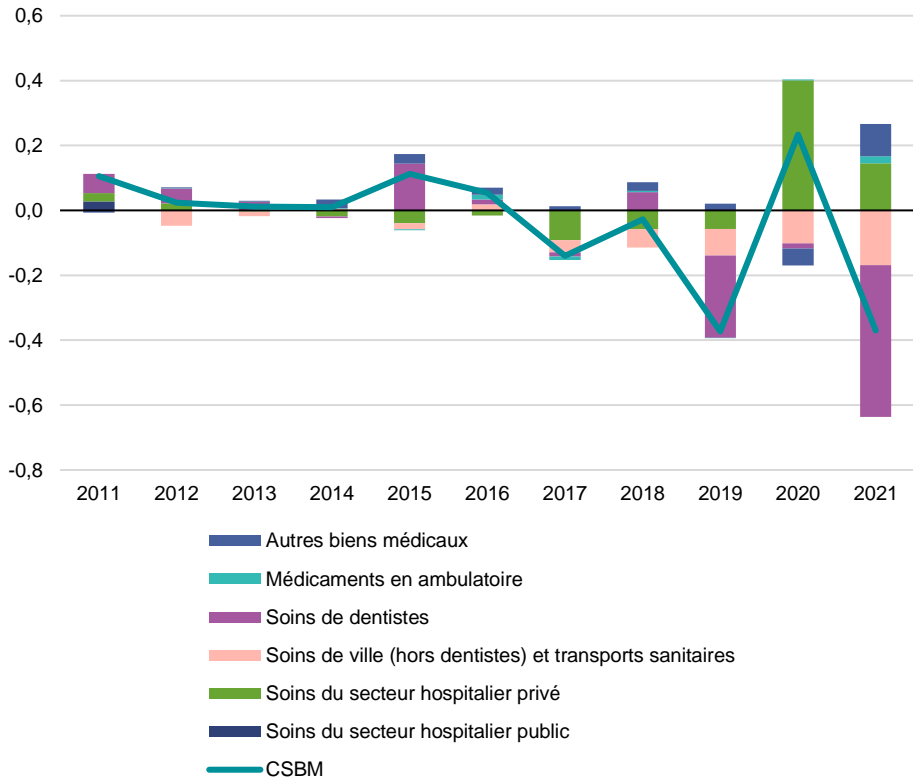
Graphique 7 Taux de croissance de la CSBM en volume



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 8 Contribution à la révision du taux de croissance de la CSBM en volume

En points



Source > DREES, comptes de la santé.

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'information 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 CATTG : 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
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance

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

FNMF : Fédération nationale des mutuelles françaises

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

FPMT : forfait patientèle médecin traitant

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, Slovaquie et Tchèque

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 soins de suite et de réadaptation et de 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

Annexe 6

Glossaire

Aide à la télétransmission

Subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soins électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue, en 2012, une composante de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Aide financière annuelle qui visait à réduire le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). La CMU-C et l'ACS ont été remplacés par la complémentaire santé solidaire (CSS).

Automatisation des listes (Adeli)

Système d'information national dénombrant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

Aide médicale de l'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 CMU-C et l'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 institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), 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 condition 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 gérées 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 I.

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.

Dotation de fonctionnement (clinique privé) : voir MIGAC.

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.

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 (voir annexe 4). L'effet qualité et l'effet quantité sont les deux sous-composantes de l'évolution du volume. L'effet qualité mesure la variation des volumes qui n'est pas liée à une variation de la quantité (mesure physique de l'activité). L'effet qualité est un concept comptable qui ne doit pas être assimilé à une mesure de la qualité thérapeutique d'un traitement.

Forfait CAPI

Rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP (voir ci-après) 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 (13,50 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-après*).

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-après*) 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 en 2021 et 2022.

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'offices 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 nette des remises conventionnelles et y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation (HDD) et rémunération sur objectifs de santé publique (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.

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 du 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 déduits 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.

Reste à charge des ménages

Part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA)

Selon l'Insee, le revenu disponible brut (RDB) est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le revenu disponible brut ajusté (RDBA) est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Ce dispositif de rémunération à la performance des médecins et des pharmaciens 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.

Rétrocession

La rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocedables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France

Établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la santé, l'Agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 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.

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, harmonisée par l'institut de statistique européen Eurostat. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des

revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Soins de longue durée

Les soins de longue durée sont 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.). En revanche, les aides pour l'accomplissement des activités domestiques (courses, ménages, préparation des repas) ne sont pas comptabilisées dans ce poste.

Soins de ville

Au sens des comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

Système national des données de santé (SNDS)

Unique en Europe, voire au monde, le Système national des données de santé (SNDS) constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population. Géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), le SNDS permettra de chaîner :

- les données de l'Assurance maladie (base SNIIRAM) ;
- les données des hôpitaux (base PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;
- les données relatives au handicap (en provenance des MDPH – données de la CNSA) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les deux premières catégories de données constituaient la première version du SNDS. Les causes médicales de décès ont été introduites en 2017. Les données en provenance de la CNSA et des organismes complémentaires ont enrichi le SNDS respectivement en 2018 et 2019.

Système national d'information interrégime 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, cette taxe a un taux 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

Autres indicateurs

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés



Tableau 1 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à prix courants (en valeur)

En millions d'euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1-Soins hospitaliers	86 911	89 153	90 481	92 404	93 960	95 152	97 219	103 270	110 165	114 862
Hôpitaux du secteur public	66 804	68 493	69 602	70 977	72 238	73 012	74 505	79 797	84 916	88 700
Hôpitaux du secteur privé	20 107	20 659	20 879	21 427	21 721	22 140	22 715	23 473	25 249	26 163
2-Soins ambulatoires	98 428	100 877	102 588	104 851	106 391	107 629	109 924	107 154	116 762	120 913
● Soins de ville	48 558	49 843	51 282	52 767	53 768	54 907	56 602	54 797	60 288	62 157
Soins de médecins et de sages-femmes	20 695	21 287	21 772	22 331	22 707	23 165	23 732	23 031	24 583	25 584
- Médecins généralistes	9 544	9 809	9 920	10 161	10 233	10 415	10 525	10 169	10 438	10 835
- Médecins spécialistes	10 917	11 217	11 561	11 853	12 132	12 380	12 789	12 416	13 632	14 197
- Sages-femmes	234	260	292	317	341	370	419	446	512	552
Soins d'auxiliaires médicaux	12 375	13 064	13 774	14 284	14 676	15 223	15 909	15 733	17 306	17 822
- Infirmiers	6 317	6 708	7 163	7 425	7 646	7 953	8 299	8 982	9 263	9 484
- Masseurs-kinésithérapeutes	5 014	5 261	5 468	5 669	5 804	5 970	6 204	5 516	6 543	6 771
- Orthophonistes	906	947	987	1 024	1 052	1 078	1 131	961	1 140	1 153
Orthoptistes	117	122	128	133	138	180	227	229	305	349
Pédicure	22	26	29	33	37	42	46	45	55	65
Soins de dentistes	10 834	10 841	11 070	11 368	11 541	11 719	12 046	11 441	13 478	13 824
Laboratoires d'analyses	4 295	4 269	4 278	4 381	4 432	4 390	4 516	4 455	4 689	4 615
Cures thermales	359	382	387	404	411	410	398	136	231	312
● Transports sanitaires	4 287	4 411	4 604	4 803	4 987	5 099	5 059	4 741	5 579	6 009
● Médicaments en ambulatoire	31 584	32 012	31 475	31 486	31 511	30 865	30 686	29 831	31 108	32 768
Médicaments remboursables	28 707	29 222	28 634	28 679	28 765	28 055	28 113	27 517	28 753	30 170
Médicaments non remboursables	2 877	2 790	2 841	2 806	2 746	2 810	2 573	2 314	2 355	2 598
● Biens médicaux	13 999	14 610	15 228	15 795	16 125	16 758	17 578	17 784	19 787	19 978
Optique	6 041	6 118	6 257	6 302	6 216	6 492	6 931	6 245	7 256	7 272
Prothèses auditives	865	925	1 010	1 081	1 158	1 254	1 257	1 263	2 027	1 977
Orthèses et prothèses externes, VHP ¹	1 726	1 841	1 936	2 014	2 137	2 157	2 323	2 054	2 307	2 373
Matériels, aliments et pansements	5 366	5 726	6 025	6 398	6 614	6 855	7 066	8 222	8 197	8 357
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	185 339	190 029	193 069	197 255	200 351	202 781	207 143	210 424	226 927	235 775

1. Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de ses composantes à prix courants (en valeur)

En %

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1-Soins hospitaliers	2,6	2,6	1,5	2,1	1,7	1,3	2,2	6,2	6,7	4,3
Hôpitaux du secteur public	3,0	2,5	1,6	2,0	1,8	1,1	2,0	7,1	6,4	4,5
Hôpitaux du secteur privé	1,2	2,7	1,1	2,6	1,4	1,9	2,6	3,3	7,6	3,6
2-Soins ambulatoires	1,4	2,5	1,7	2,2	1,5	1,2	2,1	-2,5	9,0	3,6
• Soins de ville	2,4	2,6	2,9	2,9	1,9	2,1	3,1	-3,2	10,0	3,1
Soins de médecins et de sages-femmes	1,1	2,9	2,3	2,6	1,7	2,0	2,5	-3,0	6,7	4,1
- Médecins généralistes	0,4	2,8	1,1	2,4	0,7	1,8	1,1	-3,4	2,7	3,8
- Médecins spécialistes	1,5	2,8	3,1	2,5	2,4	2,0	3,3	-2,9	9,8	4,1
- Sages-femmes	14,8	11,1	12,2	8,7	7,6	8,3	13,3	6,6	14,8	7,6
Soins d'auxiliaires médicaux	6,8	5,6	5,4	3,7	2,7	3,7	4,5	-1,1	10,0	3,0
- Infirmiers	7,2	6,2	6,8	3,7	3,0	4,0	4,4	8,2	3,1	2,4
- Masseurs-kinésithérapeutes	6,2	4,9	3,9	3,7	2,4	2,9	3,9	-11,1	18,6	3,5
- Orthophonistes	6,7	4,5	4,2	3,8	2,7	2,5	4,9	-15,1	18,7	1,1
- Orthoptistes	9,2	4,9	4,5	4,2	3,4	31,1	26,1	0,7	33,0	14,4
- Pédicure	15,9	19,0	15,1	11,9	11,6	13,2	11,1	-3,6	23,0	19,2
Soins de dentistes	0,8	0,1	2,1	2,7	1,5	1,5	2,8	-5,0	17,8	2,6
Laboratoires d'analyses	0,4	-0,6	0,2	2,4	1,2	-1,0	2,9	-1,3	5,3	-1,6
Cures thermales	3,6	6,5	1,4	4,3	1,9	-0,2	-3,0	-65,8	69,6	34,7
• Transports sanitaires	5,3	2,9	4,4	4,3	3,8	2,3	-0,8	-6,3	17,7	7,7
• Médicaments en ambulatoire	-1,6	1,4	-1,7	0,0	0,1	-2,0	-0,6	-2,8	4,3	5,3
Médicaments remboursables	-1,3	1,8	-2,0	0,2	0,3	-2,5	0,2	-2,1	4,5	4,9
Médicaments non remboursables	-4,4	-3,0	1,8	-1,2	-2,1	2,3	-8,4	-10,1	1,8	10,3
• Biens médicaux	3,7	4,4	4,2	3,7	2,1	3,9	4,9	1,2	11,3	1,0
Optique	1,0	1,3	2,3	0,7	-1,4	4,4	6,8	-9,9	16,2	0,2
Prothèses auditives	4,2	7,0	9,2	7,1	7,1	8,3	0,2	0,5	60,6	-2,5
Orthèses et prothèses externes, VHP ¹	5,2	6,7	5,1	4,1	6,1	1,0	7,7	-11,6	12,3	2,8
Matériels, aliments et pansements	6,4	6,7	5,2	6,2	3,4	3,6	3,1	16,4	-0,3	2,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	2,0	2,5	1,6	2,2	1,6	1,2	2,2	1,6	7,8	3,9

1. Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Évolution annuelle des indices de prix de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de ses composantes

En %

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1-Soins hospitaliers	1,3	0,3	-0,6	-0,2	0,7	0,1	1,8	13,6	3,0	4,8
Hôpitaux du secteur public	1,8	0,6	-0,5	0,2	1,3	0,6	2,1	16,0	4,2	5,9
Hôpitaux du secteur privé	-0,3	-0,4	-1,2	-1,4	-1,4	-1,3	1,0	6,2	-0,9	1,0
2-Soins ambulatoires	-1,1	-1,4	-1,2	-1,1	-0,4	-1,1	-0,6	0,0	-3,2	-0,3
• Soins de ville	0,6	0,1	0,4	0,0	1,1	0,8	1,1	3,0	-0,8	0,7
Soins de médecins et de sages-femmes	0,5	0,2	0,2	0,5	0,3	3,0	2,3	0,6	2,6	-1,5
- Médecins généralistes	0,1	0,2	0,5	0,2	4,9	2,9	0,0	2,0	-1,6	0,5
- Médecins spécialistes	0,1	0,2	0,5	0,4	1,4	1,9	1,0	3,1	-1,4	1,8
- Sages-femmes	4,3	0,5	0,0	0,4	0,1	0,0	3,8	2,1	-0,6	1,3
Soins d'auxiliaires médicaux	4,1	5,1	2,8	4,2	4,1	4,4	6,1	6,5	19,1	5,6
- Infirmiers	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	2,8	0,9	0,7
- Masseurs-kinésithérapeutes	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	1,4	2,4	-2,0	0,1
- Orthophonistes	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,0	1,2	-0,8	0,4
- Orthoptistes	5,2	0,0	0,0	0,0	0,2	22,9	16,9	0,6	-0,6	0,0
- Pédicure	1,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Soins de dentistes	0,4	0,7	1,1	0,0	0,0	-0,1	3,1	5,8	0,8	1,2
Laboratoires d'analyses	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6	-3,6	-2,8
Cures thermales	1,8	1,8	1,2	2,8	1,2	-0,5	0,5	1,3	1,3	1,5
• Transports sanitaires	1,9	1,4	1,3	0,1	0,2	0,7	1,3	3,3	-0,1	4,7
• Médicaments en ambulatoire	-4,6	-4,8	-4,5	-3,3	-3,1	-5,3	-4,4	-6,9	-3,3	-3,4
Médicaments remboursables	-5,4	-5,3	-5,0	-3,7	-3,6	-5,7	-4,4	-7,4	-3,6	-3,8
Médicaments non remboursables	4,2	0,6	0,8	0,5	2,5	-0,6	-4,7	0,2	1,5	1,8
• Biens médicaux	0,4	0,4	-0,3	-0,6	0,1	0,1	0,4	2,9	-10,3	0,3
Optique	0,5	0,8	-0,3	-0,6	0,1	1,2	0,5	0,6	0,5	0,8
Prothèses auditives	0,6	-0,1	-0,2	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3	-2,9	-0,1
Orthèses et prothèses externes, VH ^{1*}	0,4	-0,3	-0,1	-2,0	1,7	-3,2	0,6	-4,5	-1,7	-0,7
Matériels, aliments et pansements	0,3	0,1	-0,3	-0,3	-0,2	0,0	0,4	7,5	-21,3	0,3
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	0,0	-0,6	-0,9	-0,7	0,1	-0,5	0,5	6,3	-0,3	2,1

1. Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de ses composantes en volume aux prix de l'année précédente chaînés

En %

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1-Soins hospitaliers	1,3	2,2	2,1	2,3	1,0	1,1	0,4	-6,5	3,6	-0,5
Hôpitaux du secteur public	1,2	1,9	2,1	1,8	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,1	-1,4
Hôpitaux du secteur privé	1,5	3,2	2,2	4,0	2,8	3,3	1,6	-2,7	8,5	2,6
2-Soins ambulatoires	2,5	4,0	2,9	3,3	1,8	2,3	2,7	-2,5	12,6	3,9
• Soins de ville	1,8	2,5	2,5	2,9	0,8	1,3	2,0	-6,0	10,9	2,4
Soins de médecins et de sages-femmes	1,0	2,7	1,8	2,2	-1,2	-0,3	1,9	-5,4	8,3	2,8
- Médecins généralistes	0,2	2,6	0,6	2,2	-4,0	-1,1	1,1	-5,3	4,3	3,3
- Médecins spécialistes	1,4	2,6	2,5	2,1	0,9	0,1	2,3	-5,9	11,4	2,3
- Sages-femmes	10,1	10,6	12,2	8,2	7,5	8,3	9,2	4,3	15,5	6,2
Soins d'auxiliaires médicaux	1,7	2,7	1,2	-0,4	-1,6	-2,2	-1,8	-16,9	4,1	-3,8
- Infirmiers	5,4	6,2	6,8	3,7	2,9	3,8	4,0	5,3	2,2	1,7
- Masseurs-kinésithérapeutes	3,5	4,9	3,9	3,7	2,4	2,2	2,5	-13,2	21,1	3,3
- Orthophonistes	2,4	4,5	4,2	3,8	2,7	0,4	2,9	-16,1	19,6	0,6
- Orthoptistes	3,8	4,9	4,5	4,2	3,2	6,7	7,9	0,1	33,9	14,4
- Pédicure	13,9	17,5	15,1	11,9	11,6	13,2	11,1	-3,5	22,9	19,2
Soins de dentistes	0,4	-0,7	1,0	2,7	1,5	1,6	-0,3	-10,3	16,9	1,4
Laboratoires d'analyses	2,4	1,1	0,9	4,1	2,8	3,4	4,1	-0,8	9,2	1,2
Cures thermales	1,8	4,6	0,2	1,5	0,7	0,2	-3,5	-66,2	67,4	32,8
• Transports sanitaires	3,3	1,4	3,0	4,3	3,6	1,5	-2,1	-9,3	17,8	2,9
• Médicaments en ambulatoire	3,1	6,5	2,9	3,5	3,3	3,4	4,0	4,4	7,8	9,0
Médicaments remboursables	4,3	7,5	3,1	4,0	4,1	3,5	4,8	5,8	8,4	9,1
Médicaments non remboursables	-8,3	-3,6	1,1	-1,7	-4,5	3,0	-3,9	-10,2	0,3	8,4
• Biens médicaux	3,3	4,0	4,5	4,4	2,0	3,9	4,4	-1,7	24,0	0,6
Optique	0,5	0,4	2,6	1,3	-1,4	3,2	6,2	-10,4	15,6	-0,6
Prothèses auditives	3,6	7,0	9,4	7,9	7,5	8,2	0,5	1,8	65,3	-2,4
Orthèses et prothèses externes, VHP ¹	5,1	7,2	5,4	6,2	4,4	3,7	6,6	-7,4	14,0	3,8
Matériels, aliments et pansements	6,1	6,5	5,6	6,6	3,5	3,7	2,7	8,3	26,6	1,7
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	1,9	3,1	2,6	2,9	1,4	1,8	1,6	-4,4	8,1	1,8

1. Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et ses composantes à prix courants (en valeur)*En millions d'euros*

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CSBM	185 339	190 029	193 069	197 255	200 351	202 781	207 143	210 424	226 927	235 775
HC.1+ HC.2 - Soins courants	127 703	131 343	134 019	137 161	139 497	141 960	145 665	149 227	162 033	169 295
HC.4 - Services auxiliaires	10 748	10 908	11 204	11 657	12 016	12 170	12 293	11 838	13 266	13 713
HC.5 - Bien médicaux	46 888	47 779	47 846	48 438	48 838	48 652	49 185	49 358	51 628	52 766
Hors CSBM	55 936	57 740	58 431	59 460	60 863	62 156	63 419	69 391	80 641	77 815
HC.3 - Les soins de longue durée	36 324	37 639	38 417	39 272	40 383	41 360	42 704	45 525	47 694	49 500
HC.6 - Prévention institutionnelle	5 168	5 142	5 091	5 098	5 299	5 458	5 544	8 688	17 546	12 657
HC.7 - Gouvernance	14 444	14 959	14 923	15 089	15 181	15 339	15 172	15 178	15 401	15 657
Dépense courante de santé au sens international	241 275	247 770	251 500	256 715	261 214	264 937	270 562	279 815	307 568	313 590

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2022

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2023

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023* offre un panorama détaillé des dépenses de santé en France en 2022. Cette année se caractérise par un ralentissement prononcé de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en raison du reflux progressif de l'épidémie de Covid-19 au cours de l'année. La diminution progressive des dépenses liées aux campagnes de vaccination et de dépistage réduit nettement les dépenses de prévention par rapport à 2021. La DCSi demeure toutefois en hausse, portée notamment par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui regroupe les dépenses de santé hors prévention, soins de longue durée et dépenses de gouvernance. En 2022, la CSBM augmente de 3,9 % (après +7,8 % en 2021), un rythme supérieur à celui d'avant la crise (+2,0 % en moyenne par an de 2010 à 2019). L'année 2022 est en effet marquée par la hausse des prix des soins hospitaliers et la hausse des volumes de vente de médicaments. La CSBM s'élève ainsi à 235,8 milliards d'euros en 2022, soit 8,9 % du produit intérieur brut (PIB).

En 2022, la part de la CSBM directement financée par les ménages s'établit à 7,2 % (en hausse de 0,1 point). La baisse du reste à charge pour les produits concernés par la réforme du 100 % santé (optique médicale, audioprothèses et prothèses dentaires) est notamment compensée par une augmentation du financement des ménages dans les soins hospitaliers.

Cet ouvrage présente également une comparaison des dépenses de santé au niveau international, sur le champ plus large de la DCSi. Ainsi, en 2022, la France consacre 11,9 % de son PIB à la dépense courante de santé, une part plus importante que la moyenne des États membres de l'UE-14 (11,0 % en 2022). Par ailleurs, la France se distingue au sein des pays de l'OCDE : la part du financement de la DCSi assurée par les ménages y 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