

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2023

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2024

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

Les dépenses de santé en 2023

Résultats des comptes
de la santé



ÉDITION 2024

Les dépenses de santé en 2023 – édition 2024

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Mathilde Didier** et **Geoffrey Lefebvre**

Relecture

Clément Dherbécourt

Coordination et maquette

Clément Delecourt et Lisa Troy

Production des comptes pour la France

Clément Delecourt, Amaury Ducoulombier, Khadija Jabri, Anne-Sophie Kontopoulos, Geoffrey Lefebvre et Vincent Reduron

Rédaction

Théodore Bérut, Bénédicte Boisguérin, Clément Delecourt, Khadija Jabri, Anne-Sophie Kontopoulos, Geoffrey Lefebvre, Édouard Maugendre, Pierre Poulon, Vincent Reduron, Lisa Troy et Loïc Vinet

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Secrétaire de rédaction

Élisabeth Castaing

Organisation de la Commission des comptes de la santé

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, la Caisse nationale de l'Assurance maladie, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, l'Institut national de la statistique et des études économiques, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, la Direction générale des finances publiques, l'Organisation de coopération et de développement économiques, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, la confédération du Planning familial, l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics, le Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, la Mutualité sociale agricole, la Direction générale des collectivités locales, la Direction générale du travail, la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, la fédération des laboratoires pharmaceutiques du premier recours, OpenHealth Company et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.

Nous tenons également à remercier Charline Babet, Élisabeth Fery-Lemonnier, Isabelle Leroux et Catherine Pollak pour leurs relectures attentives.

Avant-propos

Les comptes de la santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale effective de biens et de services 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 lors de la Commission des comptes de la santé, au ministre en charge de la santé, à des représentants des professionnels de la santé, à des personnalités et acteurs du secteur de la santé et à un collège de personnalités qualifiées composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Cette commission est présidée par Florence Jusot depuis 2024. 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, produits par 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 des dépenses de santé sur des bases fiables et harmonisées.

Cet ouvrage est composé d'une vue d'ensemble synthétisant les éléments marquants de 2023 et de cinq chapitres de fiches. Le premier chapitre traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de ses composantes, dont il examine les évolutions et le financement. Le deuxième chapitre est centré sur les différents financeurs de la CSBM. Le troisième chapitre traite de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Le quatrième présente deux analyses complémentaires sur le champ des dépenses de santé relatives au dispositif du 100 % santé et aux indemnités journalières. Enfin, le dernier chapitre est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et de leur financement.

Les données présentées dans cette édition des comptes de la santé ont été fortement révisées en comparaison de celles publiées dans les précédentes éditions. Ces révisions résultent d'importants travaux méthodologiques menés pour enrichir les comptes, notamment par l'intégration des données plus détaillées du Système national des données de santé (SNDS). La qualité des résultats présentés est ainsi accrue par rapport aux éditions précédentes. Les détails des innovations apportées sont présentés dans les annexes de cet ouvrage.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2023 – édition 2024

Vue d'ensemble 8

La CSBM et ses composantes 25

Fiche 01 • La consommation de soins et de biens médicaux26

Les soins hospitaliers

Fiche 02 • Les soins hospitaliers34

Fiche 03 • Le secteur hospitalier.....41

Les soins ambulatoires

Fiche 04 • Les soins des médecins généralistes.....50

Fiche 05 • Les soins des médecins spécialistes.....56

Fiche 06 • Les soins de sages-femmes66

Fiche 07 • Les soins infirmiers.....70

Fiche 08 • Les soins des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers75

Fiche 09 • Les soins dentaires.....80

Fiche 10 • Les laboratoires de biologie médicale85

Fiche 11 • Les transports sanitaires.....88

Les biens médicaux

Fiche 12 • Les médicaments en ambulatoire94

Fiche 13 • La structure des ventes de médicaments aux officines.....99

Fiche 14 • L'optique médicale.....104

Fiche 15 • Les dispositifs médicaux hors optique médicale106

Le financement de la CSBM 111

Fiche 16 • Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux112

Fiche 17 • Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale et l'État.....119

Fiche 18 • Le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires123

Fiche 19 • Le reste à charge des ménages.....128

La DCSi et son financement 135

Fiche 20 • La dépense courante de santé au sens international et son financement136

Fiche 21 • Les dépenses de prévention.....142

Analyses complémentaires 149

Fiche 22 • Le 100 % santé.....	150
Fiche 23 • Les indemnités journalières.....	157

Comparaisons internationales 163

Fiche 24 • Comparaisons internationales de la dépense courante de santé en 2021 et 2022	164
Fiche 25 • Comparaisons internationales des effectifs de médecins et infirmiers	171

Comparaisons internationales des systèmes de santé et de leur financement

Fiche 26 • Comparaisons internationales des systèmes de santé et de leur financement	182
Fiche 27 • Comparaisons internationales du reste à charge des ménages	191

Comparaisons internationales par type de dépense

Fiche 28 • Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	200
Fiche 29 • Comparaisons internationales des dépenses de soins ambulatoires.....	208
Fiche 30 • Comparaisons internationales des dépenses de soins dentaires	213
Fiche 31 • Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques.....	220
Fiche 32 • Comparaisons internationales des dépenses de soins de longue durée	226
Fiche 33 • Comparaisons internationales des dépenses de prévention et des comportements à risque	233

Annexes 243

Annexe 1 • Les agrégats des comptes de la santé.....	244
Annexe 2 • Sources et méthodes.....	250
Annexe 3 • Les révisions de l'édition 2024 des comptes de la santé	254
Annexe 4 • Le partage volume/prix dans les comptes de la santé	263
Annexe 5 • Liste des sigles utilisés	272
Annexe 6 • Glossaire.....	275

Tableaux détaillés 285

Les dépenses de santé depuis 2013.....	286
--	-----



Vue d'ensemble



La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2023, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 325 milliards d'euros. Elle accélère à nouveau (+3,5 % en 2023, après +2,2 %) en dépit de la chute des dépenses de prévention liée au reflux de l'épidémie de Covid-19. Après avoir atteint un maximum en 2021, la part des dépenses de prévention dans la DCSi retrouve, en 2023, son niveau d'avant la crise.

C'est le dynamisme des soins courants qui soutient la croissance des dépenses de santé en 2023 : la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère (+5,2 % après +4,0 % en 2022) et atteint 249 milliards d'euros. Cette hausse de la CSBM provient essentiellement des soins hospitaliers, portés à nouveau par une hausse de prix mais également par le rebond du volume de soins. À l'exception des soins de médecins généralistes, l'ensemble des soins ambulatoires sont dynamiques, tandis que la consommation de médicaments reste soutenue par certains médicaments innovants. Après un ralentissement en 2022, les dépenses des trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique médicale, audioprothèses et soins dentaires) accélèrent à nouveau en 2023.

En 2023, la part du financement de la CSBM restant à la charge des ménages diminue légèrement, à 7,5 %. Sur quatre ans, le taux de reste à charge baisse de près de 1 point, essentiellement en raison de la montée en charge du dispositif 100 % santé et du financement accru de l'hôpital public par la Sécurité sociale.

La dépense courante de santé au sens international accélère à nouveau en 2023 malgré la chute des dépenses de prévention

En 2023, la dépense courante de santé au sens international¹ (DCSi) s'élève à 325,1 milliards d'euros (tableau 1), soit 11,5 % du PIB. La DCSi accélère à nouveau en 2023 à +3,5 %, après +2,2 % en 2022 (graphique 1). Elle progresse ainsi à un rythme supérieur à celui observé avant la crise sanitaire (+1,9 % en moyenne par an entre 2013 et 2019).

La croissance de la DCSi est soutenue par celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en hausse de 5,2 % en 2023) et celle des soins de longue durée (SLD) [+6,2 %], tandis que les dépenses de prévention baissent fortement (-38,3 %).

La forte croissance de la DCSi est limitée par la chute des dépenses dédiées à la lutte contre le Covid-19, dépenses principalement comptabilisées en dépenses de prévention (encadré « Synthèse des dépenses liées à la crise »). Celles-ci se replient à nouveau en 2023 à 1,4 milliard d'euros après un pic de 17,1 milliards d'euros en 2021, puis à 8,3 milliards d'euros en 2022. Le reflux de l'épidémie entraîne une forte baisse de tous les types de dépenses liées, en particulier à des coûts associés aux tests de dépistage du virus qui chutent à 0,4 milliard

d'euros, contre 4,3 milliards d'euros dépensés en 2022.

Les soins hospitaliers représentent une plus grande part des dépenses depuis l'épidémie de Covid-19

De 2019 à 2023, la crise sanitaire déforme la structure des dépenses de santé. La part de la prévention atteint un maximum en 2021 à 5 % de la DCSi (graphique 2) lorsque les dépenses liées aux campagnes de dépistage et de vaccination contre le Covid-19 sont au plus haut. En 2023, elle retrouve un niveau proche de celui d'avant la crise (2 % en 2023 comme en 2019).

La crise sanitaire se traduit par une forte hausse de la part des soins hospitaliers, de 36 % de la DCSi en 2019 à 38 % en 2023. Les hausses pérennes des rémunérations à l'hôpital public prennent le relais des dépenses exceptionnelles de la crise sanitaire (consommation de masques, primes exceptionnelles, etc.).

La part des soins ambulatoires avait baissé fortement en 2020 (21 % en 2020 contre 23 % en 2019), en raison principalement de l'effet des mesures de restriction sanitaire sur l'activité des soins en ville. Elle se redresse ensuite chaque année mais reste en 2023 (22 %) à un niveau inférieur à celui d'avant 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).



La part de la consommation de biens médicaux baisse également : 17 % en 2023 contre 18 % en 2019. Cette baisse est limitée durant la crise par les achats de masques sanitaires.

La part des soins de longue durée reste quasi stable (16 % en 2023 comme en 2019), le secteur des établissements médico-sociaux ayant également bénéficié de mesures de soutien. La part des dépenses de gouvernance se replie à 5 %, contre 6 % en 2019.

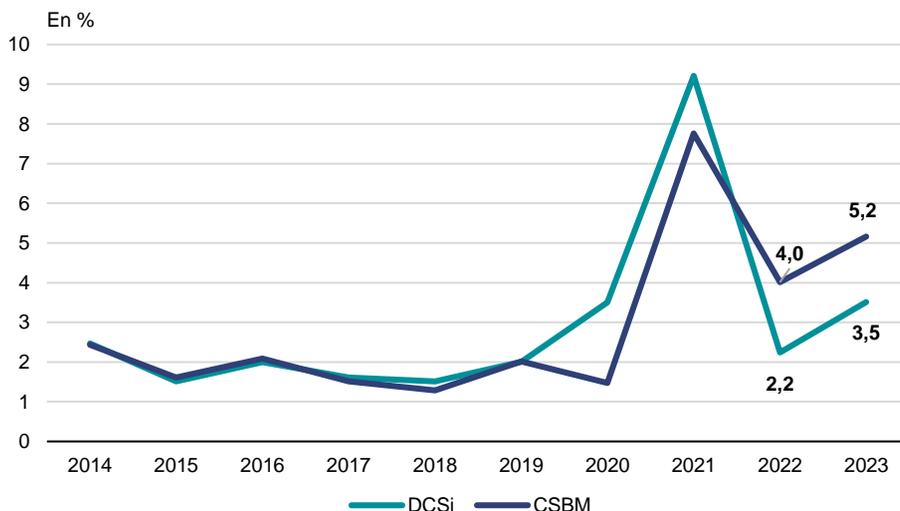
Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et dépense courante de santé au sens international (DCSi) par poste

En milliards d'euros

	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2022/20223 (en %)	Évolution 2019/20223 (en %)
Soins hospitaliers	97,7	103,3	110,7	115,5	122,1	5,7	25,1
Hôpitaux du secteur public	74,5	79,8	85,0	88,9	93,7	5,4	25,8
Hôpitaux du secteur privé	23,1	23,5	25,7	26,6	28,4	6,7	22,7
Soins ambulatoires	62,2	60,2	66,1	68,4	72,2	5,7	16,2
Soins de médecins et de sages-femmes	23,3	22,8	24,0	25,0	26,2	4,5	12,2
Soins d'auxiliaires médicaux	15,9	15,7	17,2	17,6	18,7	6,0	17,9
Soins dentaires	13,0	12,3	14,3	14,7	15,5	5,3	19,3
Laboratoires de biologie médicale	4,5	4,5	4,6	4,6	4,8	4,7	5,7
Transports sanitaires	5,1	4,8	5,6	6,1	6,8	10,8	32,0
Cures thermales	0,4	0,1	0,2	0,3	0,4	16,0	-4,9
Biens médicaux	48,3	47,7	50,8	52,9	54,6	3,2	12,9
Médicaments	30,7	29,8	30,8	32,4	33,4	3,1	8,7
Optique médicale	7,1	6,4	7,5	7,5	8,1	8,0	14,6
Dispositifs médicaux hors optique	10,5	11,4	12,5	12,9	13,0	0,9	24,2
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	208,2	211,2	227,6	236,7	249,0	5,2	19,6
CSBM (en % du PIB)	8,6	9,1	9,1	8,9	8,8		
Dépenses hors CSBM	63,6	70,1	79,6	77,4	76,2	-1,5	19,7
Soins de longue durée	42,8	45,6	47,7	49,5	52,6	6,2	22,8
Prévention institutionnelle	5,7	9,3	16,5	12,2	7,5	-38,3	32,7
Gouvernance	15,2	15,2	15,4	15,7	16,1	2,5	6,1
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	271,8	281,3	307,2	314,1	325,1	3,5	19,6
Part en % du PIB	11,2	12,1	12,2	11,8	11,5		

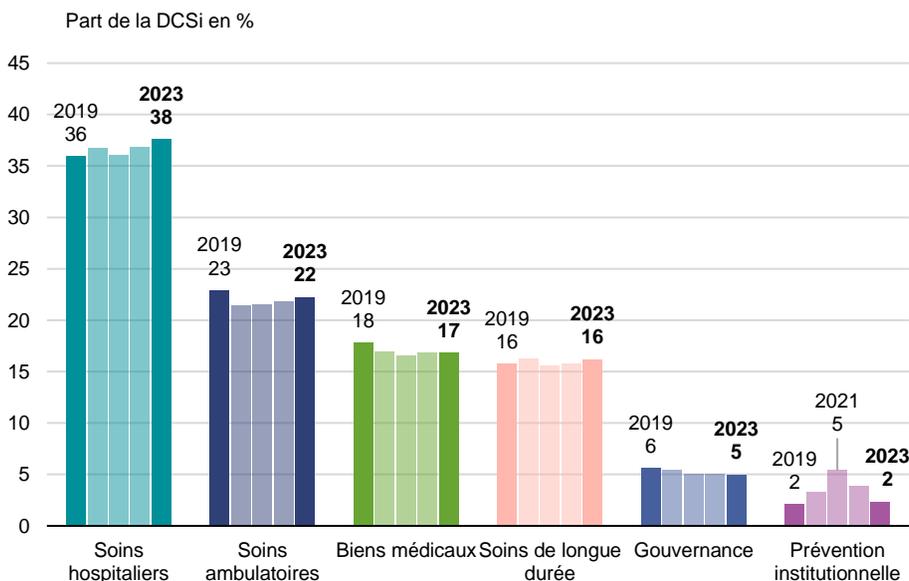
Source > DREES, comptes de la santé, Insee pour le PIB.

Graphique 1 Taux de croissance de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) de 2014 à 2023



Lecture > La DCSI augmente de 3,5 % en 2023.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure de la DCSI entre 2019 et 2023



Lecture > En 2023, les soins hospitaliers représentent 38 % de la DCSI.
Source > DREES, comptes de la santé.



En 2023, la croissance du prix de la CSBM reste limitée au regard de l'inflation

En 2023, la CSBM, second agrégat des comptes de la santé¹, accélère également en valeur, à +5,2 % contre +4,0 % en 2022.

De 2010 à 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 %) [graphique 3].

En 2020, le premier confinement avait quasiment stoppé l'activité de certains secteurs de soins de ville, et entraîné des déprogrammations de soins non urgents à l'hôpital : le volume de CSBM avait baissé de 4,5 % cette année-là. L'activité a rebondi en 2021 du fait de la levée des mesures de restriction sanitaire (+8,2 %) avant de ralentir en 2022 (+1,9 %). Soutenue par la consommation de médicaments et les soins hospitaliers, la CSBM accélère de nouveau en volume en 2023 (+ 3,9 %).

En 2020, au déclenchement de la crise sanitaire, alors que le volume d'activité reculait fortement, les prix s'appréciaient (+6,2 %), 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'activité², primes exceptionnelles versées à l'hôpital public). L'année suivante, le prix de la CSBM ne s'est replié que légèrement (-0,4 %), car le dynamisme du prix des soins hospitaliers publics a atténué le contrecoup lié à la fin des mesures exceptionnelles de soutien à destination des soins de ville. Le prix de la CSBM repart ensuite à la hausse : +2,0 % en 2022 puis +1,2 % en 2023. Cette hausse reste néanmoins limitée, au regard du contexte inflationniste général : l'indice des prix à la consommation augmente de 4,9 % en 2023 après +5,2 % en 2022.

Au total, entre 2019 et 2023, le volume de la CSBM retrouve sa trajectoire d'avant la crise sanitaire : il a crû en moyenne de 2,3 % par an, comme entre 2010 et 2019. En revanche, le prix de la CSBM a augmenté de 2,3 % en moyenne chaque année sur la même période. Il s'agit d'une forte hausse en comparaison de la période d'avant crise durant laquelle le prix de la CSBM était tiré à la baisse (-0,3 % en moyenne par an) par la baisse du prix des médicaments.

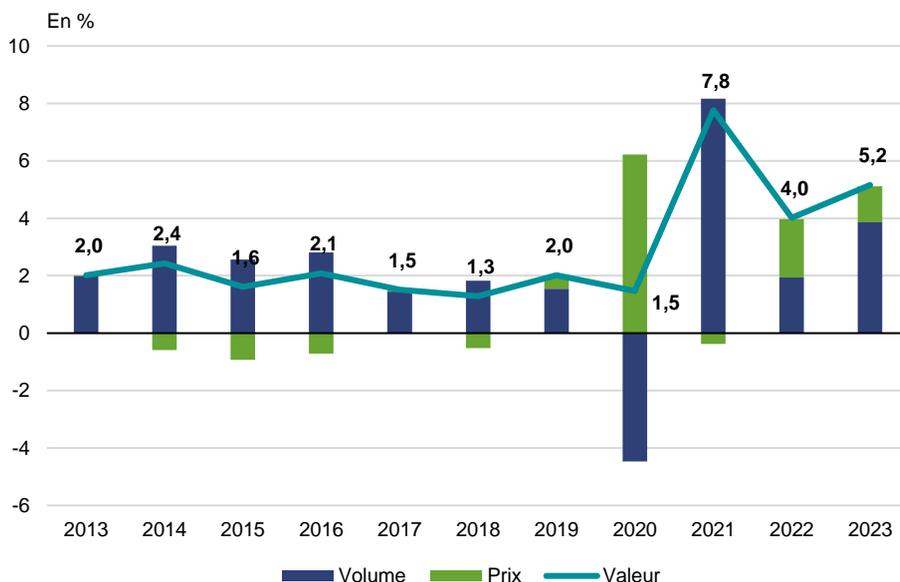
Le poids de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) diminue à nouveau en 2023, passant de 8,9 % à 8,8 % du PIB (tableau 1). Malgré cette baisse, la part des dépenses de santé dans le PIB reste légèrement plus élevée qu'avant la crise (8,6 % en 2019) [encadré « La CSBM depuis 1950 »].

¹ 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 (52,6 milliards d'euros en 2023) et les dépenses de prévention (7,5 milliards d'euros) et de gouvernance du système de santé (16,1 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.

² 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).

Graphique 3 Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur, en volume et en prix



Lecture > En 2023, la CSBM augmente de 5,2 % en valeur. Cette évolution est portée par une hausse des prix de 1,2 % et une hausse du volume de 3,9 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré La CSBM depuis 1950

Entre 1950 et 2023, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen supérieur à celui du produit intérieur brut (*graphique 4*). La part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB est ainsi passée de 2,5 % à 8,8 %.

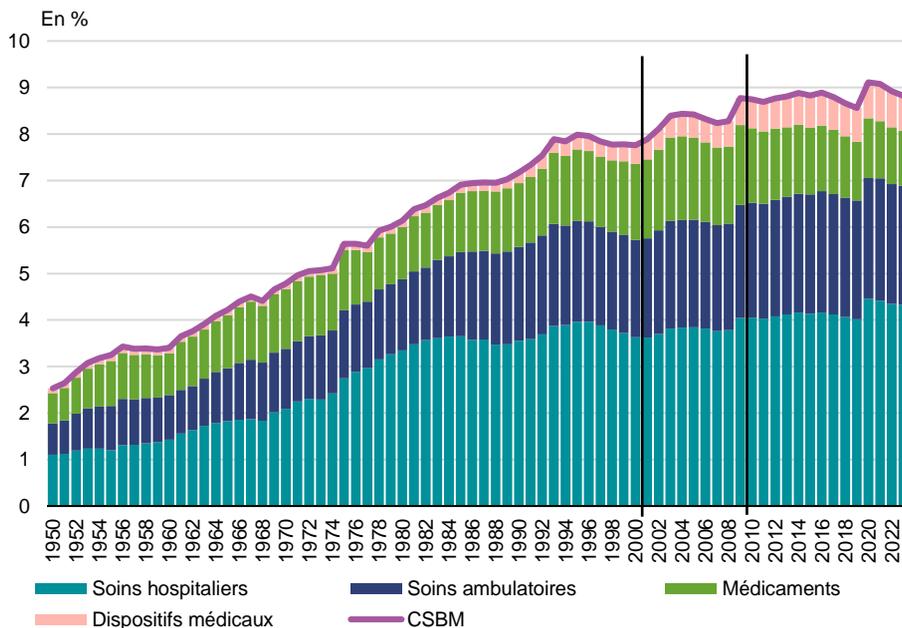
La croissance de la CSBM depuis 1950 est marquée par plusieurs étapes : de 1950 à 1985, elle est particulièrement marquée (la part de la CSBM augmente en moyenne de 0,1 point de pourcentage par an), alors que le système de santé français se développe et que la demande de soins est solvabilisée par l'extension progressive de la couverture maladie par la Sécurité sociale. En parallèle, la couverture de la population par les assurances complémentaires se développe également. Sur cette période, la croissance des dépenses est portée par l'augmentation des soins hospitaliers, avec de nombreuses constructions d'hôpitaux, et une hausse de la consommation de médicaments en volume. Les soins ambulatoires sont également dynamiques : le nombre de médecins augmente, les innovations technologiques sont nombreuses.

En 1985, la CSBM représente ainsi 6,9 % du PIB. À partir de cette date, de premières mesures de limitation des dépenses de santé par l'Assurance maladie sont adoptées. La part de la CSBM dans le PIB continue cependant de croître jusqu'en 1996. Elle atteint alors 8,0 % du PIB. Jusqu'en 2016, cette part varie ensuite avec l'accélération ou le ralentissement de la croissance économique. Elle continue cependant de progresser, pour atteindre 8,9 % du PIB en 2014. Elle diminue légèrement jusqu'en 2019, s'établissant à 8,6 % du PIB.

La crise due au Covid-19 fait bondir les dépenses de santé : elles atteignent 9,1 % du PIB en 2020 et 2021. Depuis, la part des dépenses de santé dans le PIB diminue (8,9 % en 2022, 8,8 % en 2023) avec le reflux de l'épidémie.



Graphique 4 La CSBM et ses principaux postes en pourcentage du PIB depuis 1950



Note > Rupture de série entre les années 2000 et 2001 et entre 2009 et 2010.

Sources > DREES, comptes de la santé, Insee pour le PIB.

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

En 2023, tous les secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur (+5,2 % en 2023). Les soins hospitaliers, en hausse de 5,7 %, expliquent plus de la moitié de cette croissance (*graphique 5*) ; l'augmentation des soins hospitaliers en valeur est notamment portée par les salaires à l'hôpital et la montée des prix de l'énergie.

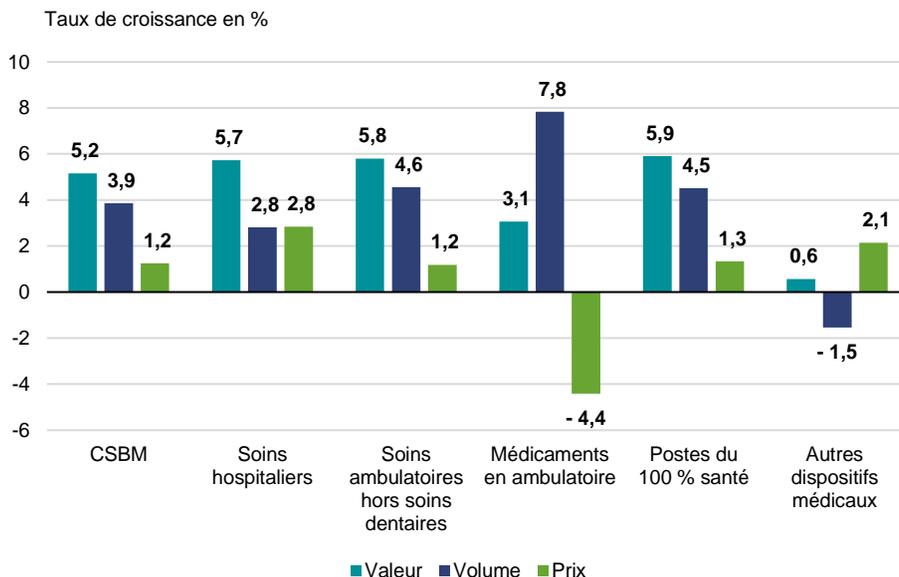
La consommation de soins ambulatoires (hors soins dentaires) ainsi que la consommation du champ du 100 % santé (défini ici au sens large)¹ sont également dynamiques en valeur en 2023 : elles augmentent respectivement de 5,8 % et 5,9 %.

La consommation de médicaments, ralentie par la baisse des prix (-4,4 %), croît en valeur à un rythme moins élevé (+3,1 %). Hors produits du 100 % santé, le reste de la consommation des dispositifs médicaux est en faible hausse en 2023 (+0,6 %).

¹ Le champ du 100 % santé est défini ici de manière plus large que dans la fiche 22 dédiée à ce sujet. Il recouvre ici l'ensemble des soins dentaires (prothèses dentaires mais également les autres soins dentaires),

l'optique médicale, y compris lentilles et examens, ainsi que les audioprothèses.

Graphique 5 Taux de croissance en 2023 des principaux postes de la CSBM en valeur, volume et prix



Note > Le champ du 100 % santé est défini ici comme l'ensemble des soins dentaires, l'optique médicale (y compris lentilles et examens) ainsi que les audioprothèses.

Lecture > En 2023, les soins ambulatoires (hors soins dentaires) ont augmenté de 5,7 % en valeur. Cette hausse se décompose en une hausse du volume de 4,6 % et du prix de 1,2 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

La consommation de soins hospitaliers reste dynamique en 2023 avec une hausse de 5,7 % en valeur en 2023 (après +5,8 % en moyenne annuelle entre 2020 et 2022).

Dans le secteur public, les soins hospitaliers augmentent en valeur de 5,4 % en 2023 après +4,6 % en 2022.

Le volume d'activité se replie légèrement en 2022 (-1,2 %) en raison de la baisse importante des prises en charge des affections de l'appareil respiratoire et des réanimations, due à la diminution du nombre et de la gravité des séjours Covid-19 (moins de séjours avec passage en soins critiques). En 2023, le volume d'activité repart à la hausse (+1,8 %).

Le prix des soins hospitaliers du secteur public ralentit légèrement en 2023 mais reste dynamique (+3,6 % après +5,9 %). Ces évolutions s'expliquent par la hausse des coûts de fonctionnement de l'hôpital public. La revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % en juillet 2023, à laquelle

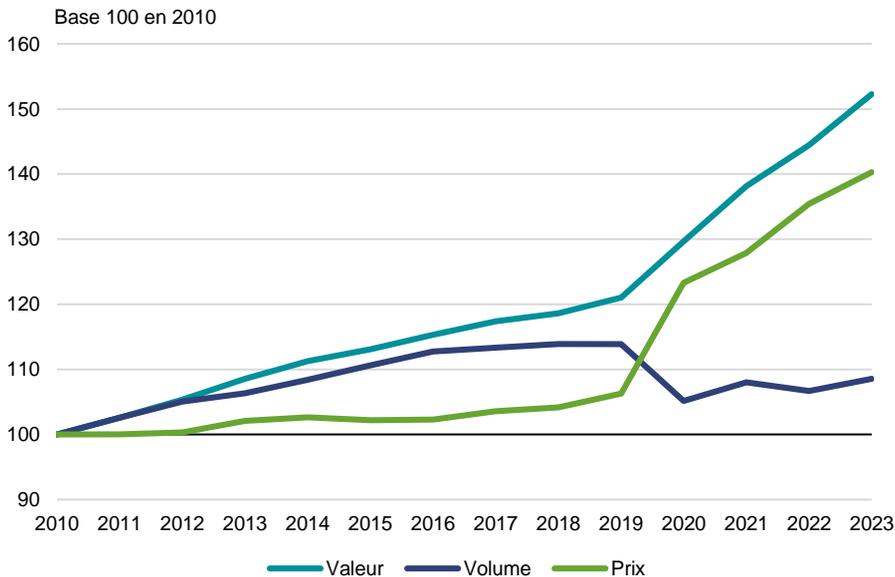
s'ajoutent des mesures spécifiques à la santé telle que l'augmentation des indemnités de garde ou de l'indemnité forfaitaire de sujétion, entraîne une augmentation des rémunérations des salariés hospitaliers. Les consommations intermédiaires augmentent également en 2023 en raison notamment de la hausse des prix des matières premières, notamment de l'énergie, dont les effets se manifestent avec retard pour l'hôpital public.

Depuis le déclenchement de la crise sanitaire, la valeur des soins hospitaliers du secteur public a augmenté plus rapidement que le reste de la CSBM (+26 % entre 2019 et 2023 contre +20 % pour l'ensemble de la CSBM). Cette hausse est quasi exclusivement portée par une hausse du prix. Celui-ci a augmenté de 32 % durant la crise sanitaire alors qu'il avait été globalement stable de 2010 à 2019. Le volume d'activité pour l'ensemble de l'hôpital public demeure inférieur de 5 % à son niveau de 2019 (graphique 6).

Dans le secteur privé, les dépenses croissent en valeur de 6,7 % en 2023 (après +3,7 %), portées quasiment exclusivement par une hausse du volume (+6,3 %). Le volume d'activité est supérieur de 15,8 % à son niveau de 2019.



Graphique 6 Niveaux de la consommation de soins hospitaliers publics en valeur, volume et prix



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, les soins ambulatoires sont dynamiques à l'exception des soins de médecins généralistes

Tous les postes des soins ambulatoires sont dynamiques en valeur en 2023, à l'exception de la consommation de soins des médecins généralistes, qui marquent le pas. Après une hausse importante en 2022 (+3,8 %), celle-ci s'amenuise à +1,6 %. Cette hausse provient essentiellement du prix des soins (+1,4 %). Pour la première fois depuis plus de dix ans, les dépassements d'honoraires des médecins généralistes libéraux sont en hausse en 2023 même si leur niveau reste limité (2,1 % des honoraires).

Depuis le rebond de l'activité en 2021, la consommation de soins de médecins spécialistes est particulièrement dynamique (+6,6 % en 2023, après +4,4 % en 2022). Les médecins spécialisés dans l'imagerie médicale contribuent à environ un quart de cette croissance. La part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes, après avoir été stable durant près de dix ans, augmente nettement depuis 2020. En 2023, elle est tirée notamment par l'ophtalmologie et l'imagerie médicale.

De 2019 à 2023, la consommation de soins des spécialistes a été plus dynamique que celle des médecins généralistes. Les soins de spécialistes ont crû de 4,3 % en moyenne chaque année, tirés à la fois

par les volumes (+3,0 %) et les prix (+1,3 %) tandis que ceux des généralistes n'ont augmenté que de 0,8 % en moyenne chaque année (+0,3 % en volume, +0,6 % en prix). Au global, les soins de généralistes n'ont progressé que de 3,4 % en valeur entre 2019 et 2023, contre +18,5 % pour les soins de spécialistes.

Les soins courants infirmiers accélèrent en 2023 (+3,5 % après +1,5 % en 2022). Cette augmentation provient quasi exclusivement d'une hausse du volume d'activité. Les derniers avenants signés avec l'Assurance maladie ne prévoyaient pas de hausse de tarifs significative mais ont probablement favorisé la hausse du volume d'activité (simplification du recours à la télésanté pour les infirmières en pratique avancée notamment). Les soins des autres auxiliaires médicaux accélèrent eux aussi (+8,9 % en 2023 après +2,6 % en 2022) ; cette évolution étant portée par celle du volume de soins de kinésithérapie.

Hors dépenses liées aux tests de dépistage du Covid-19, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoire de biologie médicale augmente de 4,7 % en 2023. Les dépenses liées aux tests de dépistage du Covid-19 en laboratoire (comptabilisées comme dépenses de prévention, hors CSBM) ne représentent plus que 0,3 milliard d'euros en 2023 alors qu'elles représentaient encore 3,1 milliards d'euros l'année précédente.

En 2023, les transports sanitaires sont de nouveau en très forte hausse (+10,8 % après +8,2 % en 2022). Cette hausse provient pour la moitié environ de celle des contrats et indemnités. Par ailleurs, les transports sanitaires en véhicules personnels et en transports en commun, moins coûteux, ont plus que doublé. Ils constituent désormais 9 % de la dépense de transports sanitaires (hors contrats et forfaits). Les transports sanitaires sont toujours dominés par les taxis (41 % de la dépense) et les ambulances (26 %).

La consommation de médicaments reste soutenue par certains médicaments innovants

En 2023, la consommation de médicaments en ambulatoire augmente pour la troisième année consécutive (+3,1 %) après six années de baisse de 2014 à 2020 (-1,2 % par an en moyenne).

Cette hausse résulte d'un effet « volume » de médicaments vendus (+7,8 %) particulièrement élevé, comme en 2022 (+8,8 %). Cette hausse en volume ne s'explique pas par l'évolution du nombre de boîtes de médicaments remboursables délivrées en pharmacie de ville. Celle-ci diminue de 1,1 % en 2023, principalement en raison d'une baisse des ventes d'analgiques. En 2023, le nombre de boîtes délivrées a pu être affecté par les ruptures d'approvisionnement, dans un contexte de forte augmentation des signalements de ruptures de stock par les laboratoires¹.

La hausse du volume reflète l'effet de l'innovation et la déformation de la répartition des dépenses par type de médicament en faveur de spécialités plus récentes et plus coûteuses. Les dépenses dans quelques classes thérapeutiques (traitements du cancer, de la mucoviscidose, de la sclérose en plaques, de l'hypercholestérolémie ou du diabète) spécifiques progressent ainsi fortement.

Le prix des médicaments continue de baisser en 2023 (-4,4 %) en raison notamment de l'accroissement des remises conventionnelles.

La dépense des produits concernés par la réforme du 100 % santé augmente à nouveau en 2023

Après un fort ralentissement en 2022 (+1,7 % après +19,2 % en 2021), la consommation dans le champ du 100 % santé (optique, audioprothèses et soins dentaires) augmente à nouveau fortement en 2023 (+5,9 %).

Les soins dentaires augmentent de 5,3 % en 2023 (après +3,0 % en 2022) portés notamment par les prothèses dentaires, qui représentent près de la moitié des dépenses de soins dentaires. Celles-ci repartent à la hausse en 2023 (+4,0 % après -0,1 %).

La consommation d'optique médicale accélère nettement à +8,0 % (après +0,2 % en 2022). Elle est tirée par les volumes (+5,5 %) mais aussi par les prix qui augmentent de 2,4 %, la plus forte hausse des dix dernières années.

Après une baisse en 2022 (-2,3 %), les audioprothèses repartent également à la hausse en 2023 (+3,0 %).

La consommation des paniers sans reste à charge augmente pour l'optique (+14,2 %) et les prothèses dentaires (+3,6 %), mais diminue pour les audioprothèses (-4,0 %).

La consommation des autres dispositifs médicaux (hors optique médicale et audioprothèses) marque le pas en 2023 (+0,6 % après +4,5 %). Elle baisse en volume (-1,5 %), notamment en raison de la chute de la consommation de masques sanitaires.

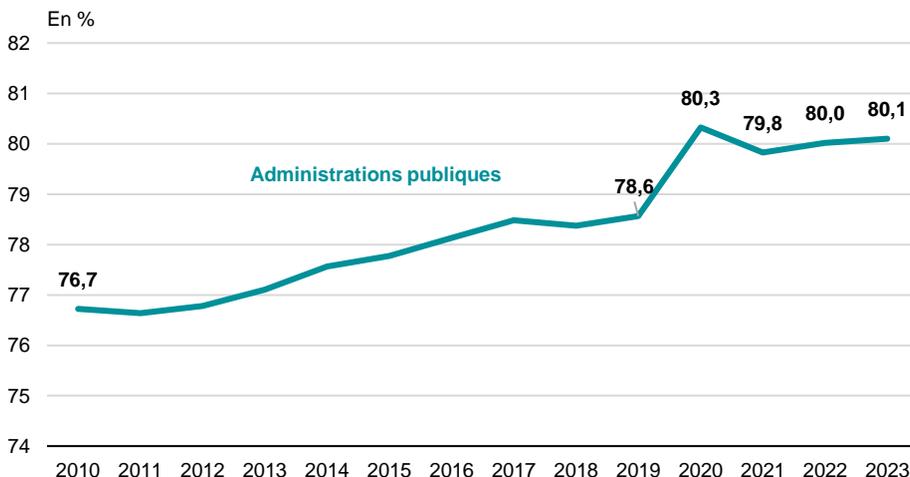
¹ En 2023, 4 925 signalements de ruptures de stock et de risques de ruptures de stock de médicaments ont été

recensés par l'Agence nationale de sécurité du médicament, contre 3 761 signalements en 2022 (source : data.ansm.sante.fr).

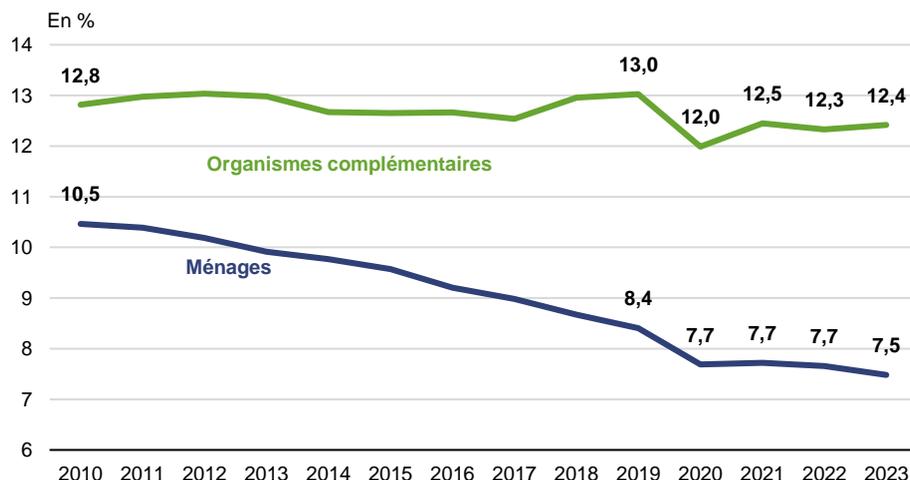


Graphique 7 Évolution du taux de financement de la CSBM

a. Par les administrations publiques



b. Par les autres financeurs



Lecture > En 2023, la CSBM est financée à 80,1 % par les administrations publiques et à 7,5 % par les ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le financement des dépenses de santé par les administrations publiques se maintient à un niveau élevé

La structure de financement de la CSBM évolue peu entre 2022 et 2023 (*graphique 7*). Elle reste marquée par un niveau particulièrement élevé de la part des administrations publiques (80,1 % en 2023) dont l'essentiel provient des administrations de sécurité sociale (79,5 %), le reste étant financé par l'État (0,5 %). La participation des administrations publiques au financement de la CSBM se stabilise à

un niveau sensiblement plus élevé qu'avant la crise (soit +1,5 point par rapport à 2019), soutenue par une prise en charge plus importante des soins hospitaliers.

En 2023, la part financée par les organismes complémentaires (OC) est quasi stable par rapport à 2022 (+0,1 point) à 12,4 %. Ainsi, après la forte baisse observée en 2020 (-1,0 point), puis la remontée partielle de 2021 (+0,5 point), cette part est stable à un niveau inférieur à la situation pré-crise sanitaire. En comparaison de la situation d'avant la

crise, la prise en charge par les OC diminue de 0,6 point entre 2019 et 2023. La montée en charge du dispositif 100 % santé, qui induit une prise en charge accrue par les OC, ne suffit pas à compenser la baisse dans les autres secteurs, en particulier dans les soins hospitaliers davantage financé par les administrations publiques.

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

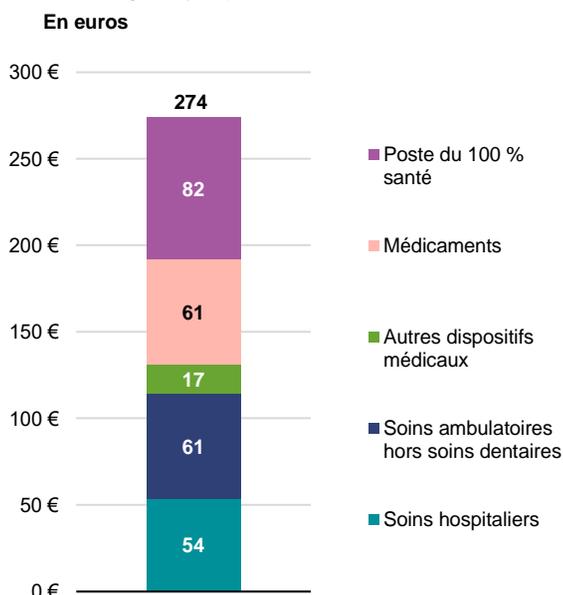
La part des ménages dans le financement de la CSBM baisse légèrement de 0,2 point en 2023 par rapport à 2021, passant de 7,7 % à 7,5 %. La participation directe des ménages aux dépenses de santé s'établit ainsi à 18,6 milliards d'euros en 2023. Le reste à charge moyen par habitant s'élève, en 2023, à 274 euros (*graphique 8*), dont en particulier 82 euros de dépenses au titre des postes du 100 % santé¹ (soins dentaires, optique médicale et audioprothèses), 61 euros de dépenses de médicaments, 54 euros de soins hospitaliers, 61 euros de soins ambulatoires (hors soins dentaires) et 17 euros d'autres dispositifs médicaux. Cette moyenne cache toutefois de grandes disparités de reste à charge selon l'âge ou encore l'état de 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 (3,0 % en 2023) 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 22) : audioprothèses, optique médicale et prothèses dentaires. Malgré la baisse du reste à charge (RAC) sur les prothèses dentaires et les audioprothèses induite par la réforme (mais pas sur l'optique), le RAC des ménages reste plus élevé que la moyenne sur ces trois secteurs.

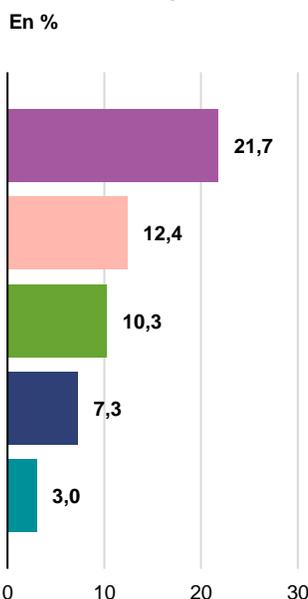
La baisse du taux RAC entre 2019 et 2023 (-0,9 point) s'explique en premier lieu par la montée en charge du dispositif 100 % santé (*graphique 9*). Sur le champ du 100 % santé¹, le taux de RAC diminue en quatre ans de 5,2 points, de 27,0 % en 2019 à 21,7 % en 2023. Par ailleurs, la hausse de financement public du secteur hospitalier induit également une baisse relative du RAC (-0,8 point entre 2019 et 2023). La déformation de la composition de la CSBM induit également une baisse du taux de RAC. En effet, les soins hospitaliers, pour lesquels le taux de RAC est faible, représentent une plus grande part de la CSBM en 2023 qu'en 2019.

Graphique 8 Le reste à charge des ménages en 2023

a. Reste à charge moyen par habitant



b. Part de reste à charge



Note > Le champ du 100 % santé est défini ici comme l'ensemble des soins dentaires, l'optique médicale (y compris lentilles et examens) ainsi que les audioprothèses.

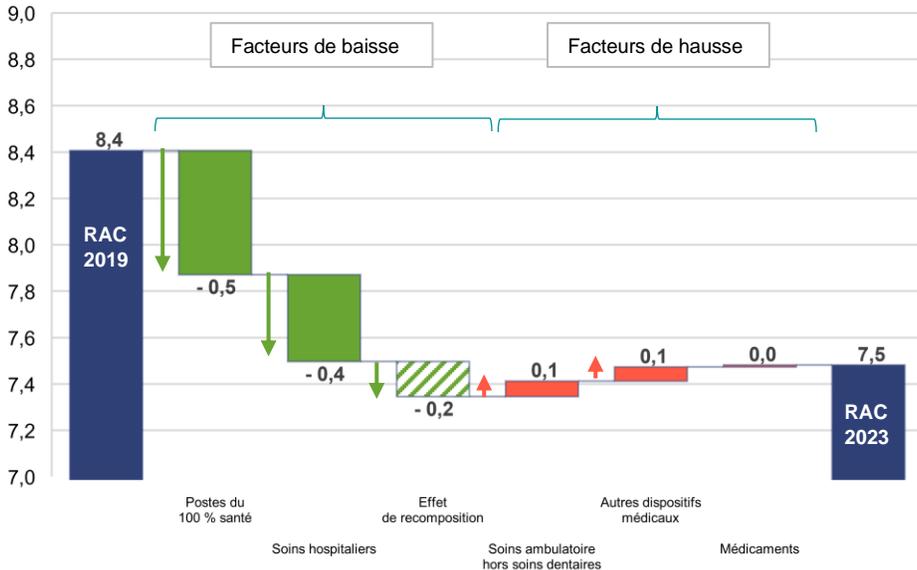
Lecture > En 2023, le reste à charge moyen par habitant s'élève à 274 euros, dont 61 euros de dépenses de médicaments. Le reste à charge représente 12,4 % du total de la consommation de médicaments.

Source > DREES, comptes de la santé.



Graphique 9 Décomposition de la variation du taux de reste à charge de 2019 à 2023 par poste de dépense

Reste à charge 2019 et 2023 en % de la CSBM, contributions en points de pourcentage



Note > Le champ du 100 % santé est défini ici comme l'ensemble des soins dentaires, l'optique médicale (y compris lentilles et examens) ainsi que les audioprothèses.

Lecture > Le reste à charge (RAC) des ménages représente 8,4 % de la CSBM en 2019 et 7,5 % en 2023. La baisse du RAC des ménages dans les soins hospitaliers contribue à la baisse du RAC global à hauteur de 0,5 point de pourcentage, tandis que la hausse du RAC pour les soins ambulatoires hors soins dentaires contribue à sa hausse pour 0,1 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire

Les surcoûts liés à la crise du Covid-19 sont de nouveau en forte baisse en 2023 à 1,4 milliard d'euros (*tableau 2*) en raison du reflux progressif de l'épidémie, qui fléchit nettement en 2023.

Après trois années marquées par d'importants efforts en matière de dépistage du Covid-19, les dépenses de tests en ville (PCR et antigéniques) refluent à 0,4 milliard d'euros en 2023. La campagne de vaccination débutée en toute fin d'année 2020 s'amplifie au cours de l'année 2021 avec l'ouverture des centres de vaccination (6,5 milliards d'euros cette année-là). Le coût de la vaccination en ville recule ensuite chaque année pour ne plus représenter que 0,4 milliard d'euros en 2023. Au total, les campagnes de dépistage et de vaccination en ville auront coûté respectivement 13,3 et 6,0 milliards d'euros en quatre ans.

Après un maximum à 0,9 milliard d'euros la première année de l'épidémie, la consommation de masques en ville diminue chaque année, notamment en raison de la très forte baisse de prix entre 2020 et 2021. Les achats de masques en ville durant ces quatre années sont estimés à 1,8 milliard d'euros.

Dès le démarrage de l'épidémie, un financement supplémentaire, visant à compenser les surcoûts liés au Covid-19, a été alloué aux acteurs du système de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux mais également aux professionnels du secteur libéral. De 2019 à 2023, les établissements de santé et médico-sociaux ont reçu respectivement 15,1 et 2,7 milliards d'euros, afin de soutenir leur activité et de lutter contre l'épidémie. En 2023, ce type de financement s'est fortement réduit, à seulement 0,3 milliard d'euros versés aux établissements de santé. Les praticiens libéraux en ville ont quant à eux également bénéficié du 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.

Des dépenses exceptionnelles ont également 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 » (2,8 milliards d'euros en quatre ans).

Au total, les dépenses liées à l'épidémie de Covid-19 dans le champ de la DCSi sont estimées à 43,1 milliards d'euros dont l'essentiel a été financé par les administrations publiques.

À ces dépenses s'ajoutent également 5,2 milliards d'euros d'indemnités journalières versées par l'Assurance maladie au titre du Covid-19. Les organismes complémentaires ont par ailleurs participé indirectement au financement de dépenses engendrées par la crise sanitaire au travers d'une contribution exceptionnelle de 1,5 milliard d'euros versées pour les deux premières années de l'épidémie, dans un contexte où leur part de financement direct des dépenses de santé marquait le pas.

Tableau 2 Synthèse des dépenses liées à la crise sanitaire

En milliards d'euros

	2020	2021	2022	2023	Total
Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	9,9	5,7	2,3	0,4	18,2
Masques	0,9	0,5	0,4	0,1	1,8
Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA)	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3
Établissements de santé	7,7	5,2	1,8	0,3	15,1
DCSi - Dépenses de soins de longue durée	2,0	0,7	0,0	0,0	2,7
DCSi - Dépenses de prévention	3,7	10,7	6,1	1,0	21,4
Vaccination en ville	0,0	3,6	1,4	0,4	5,3
Tests PCR et antigéniques en ville	2,2	6,5	4,3	0,4	13,3
Dépenses d'intervention en cas d'urgence	1,5	0,7	0,4	0,2	2,8
Total des dépenses de crise Covid-19 dans le champ de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)	15,5	17,1	8,3	1,4	42,4
Hors champ de la DCSi :					
Indemnités journalières	2,4	0,9	1,8	0,1	5,2
Contribution versée par les organismes complémentaires à l'Assurance maladie	1,0	0,5	0,0	0,0	1,5

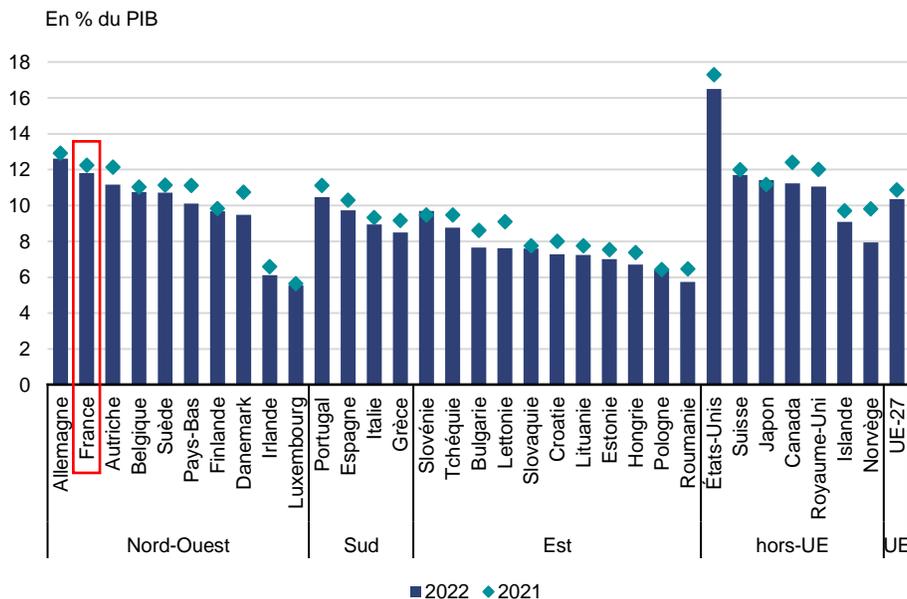
Lecture > En 2023, les dépenses liées à la crise sanitaire sont estimées à 1,4 milliard d'euros, dont 0,4 milliard comptabilisé dans l'agrégat de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

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

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 16,5 % de leur PIB en 2022, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 10*). 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 (11,8 %) et l'Autriche (11,2 %). En 2022, les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 10,4 % de leur PIB aux dépenses de santé. Les pays du nord-ouest et du sud de l'Europe dépensent davantage en part du PIB que les pays de l'Est : à l'exception de l'Irlande (6,1 %), du Luxembourg (5,6 %) et de la Grèce (8,5 %), ces pays consacrent plus de 9 % de leur PIB à la DCSi, tandis qu'en Europe de l'Est, seules la Slovaquie (9,7 %) et la Tchéquie (8,8 %) dépassent les 8 %.


Graphique 10 Dépenses courantes de santé au sens international en 2022 et 2021


Note > Les données (OCDE) provisoires de l'année 2023 n'étant que partiellement disponibles, ce sont les données définitives 2022 qui sont ici présentées.

Lecture > En France, la DCSi représente 12,3 % du PIB en 2021 et 11,8 % du PIB en 2022.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, System of Health Accounts (SHA) pour les autres pays.

En 2022, la DCSi continue de croître en valeur mais moins qu'en 2021

En 2022, la DCSi augmente dans la quasi-totalité des pays de l'UE 27, à l'exception de la Lettonie, du Danemark, de la Suède et de la Hongrie (baisses de -3,7 % à -0,7 %). La croissance est particulièrement marquée dans les pays de l'est de l'Europe (jusqu'à +12,7 % en Pologne) et plus mesurée dans les pays d'Europe du Nord-Ouest. La DCSi en valeur progresse de +3,5 % en moyenne dans l'UE 27 et +2,2 % en France.

Cette progression est inférieure à 2021, où la DCSi en valeur avait augmenté dans tous les pays de l'UE 27 sous l'effet de la crise sanitaire : +8,7 % en moyenne dans la zone, bien au-dessus de la croissance moyenne annuelle de +2,8 % observée entre 2010 et 2019. Ce ralentissement en 2022 s'explique par le reflux progressif de l'épidémie de Covid-19 et la chute des dépenses de prévention, qui incluent les tests et les vaccins dans la majorité des pays étudiés. En revanche, 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 ; l'inflation et l'augmentation des prix de l'énergie tirent également à la hausse les dépenses de santé en 2022.

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

En 2022, en moyenne dans l'UE-27, 14,2 % de la DCSi reste à la charge des ménages. De fortes disparités sont toutefois observées entre pays.

Une part plus importante des dépenses de santé reste à la charge des ménages dans les pays de l'est et du sud de l'Europe : le RAC y est supérieur à 18 % de la DCSi, à l'exception de la Croatie, la Slovaquie et la Tchéquie. Le RAC est même supérieur à 30 % en Bulgarie, en Grèce, en Lituanie, et en Lettonie. À l'inverse, dans les pays du nord-ouest de l'Europe, les RAC sont inférieurs à 16 %, sauf en Belgique (20,0 %). Le Luxembourg (8,7 %), la Croatie (9,1 %) et la France (9,2 %) ont les restes à charge les plus faibles.

En dehors de l'UE, la part de la DCSi restant à la charge des ménages varie de 11 % à 15 % au Japon, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Islande, en Norvège et au Canada ; elle est plus élevée en Suisse (21,6 %).

Pour l'ensemble des pays étudiés, les RAC ont peu varié entre 2021 et 2022.

En France, le reste à charge des ménages sur la DCSi augmente légèrement

En France, de 2013 à 2019, le taux de reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue régulièrement chaque année : de 11,2 % en 2013 à 10,4 % en 2019 (graphique 11). Le déclenchement de la crise sanitaire accentue cette tendance : le taux de reste à charge baisse de 0,9 point en 2020 à 9,5 % puis de nouveau de 0,3 point à 9,2 % en 2021. Cette baisse s'interrompt en 2022, le reste à charge restant stable à 9,2 % puis augmentant très légèrement à 9,3 % en 2023.

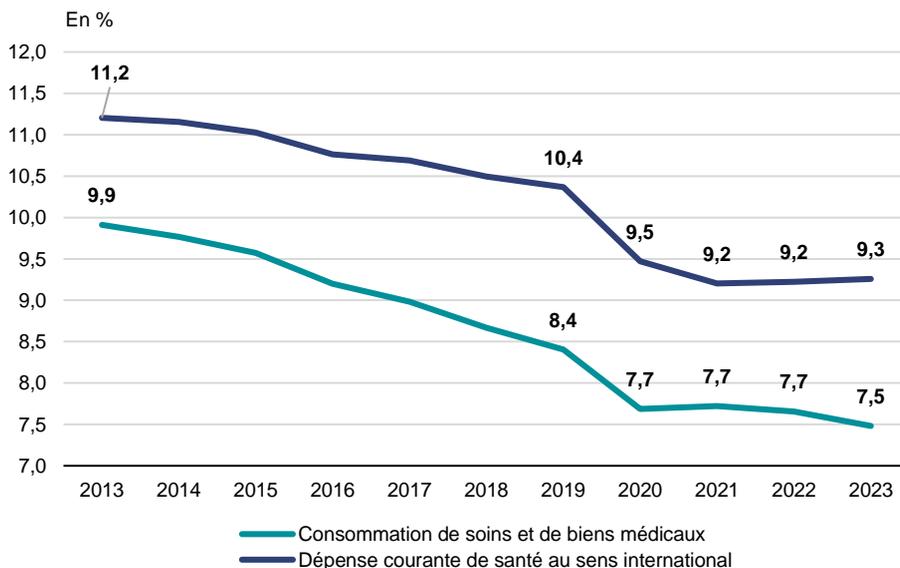
La baisse du taux de RAC entre 2019 et 2023 provient essentiellement de celle observée sur le champ de la CSBM (-0,9 point) ; cette baisse s'explique principalement par les effets de la réforme du 100 % santé et par la hausse du financement par les administrations publiques de l'hôpital public.

En revanche, le reste à charge s'accroît dans les dépenses de prévention (+2,6 points entre 2019 et 2023), 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 des soins de longue durée (SLD) baisse durant la crise (-3,5 points entre 2019 et 2023) à 21,4 %. Le secteur des SLD bénéficie de financements supplémentaires par les administrations publiques en lien avec les hausses de rémunérations accordées dans ce secteur durant la crise sanitaire, ce qui diminue le poids relatif du financement par les ménages.

Bien qu'ils ne représentent que 16 % de la DCSi en 2023, les SLD représentent 37 % du reste à charge des ménages. Le taux de reste à charge sur le champ complet de la DCSi est plus élevé que sur celui de la CSBM en raison de l'inclusion des soins de longue durée, dont le taux de financement par les ménages est supérieur à celui de la CSBM. ■

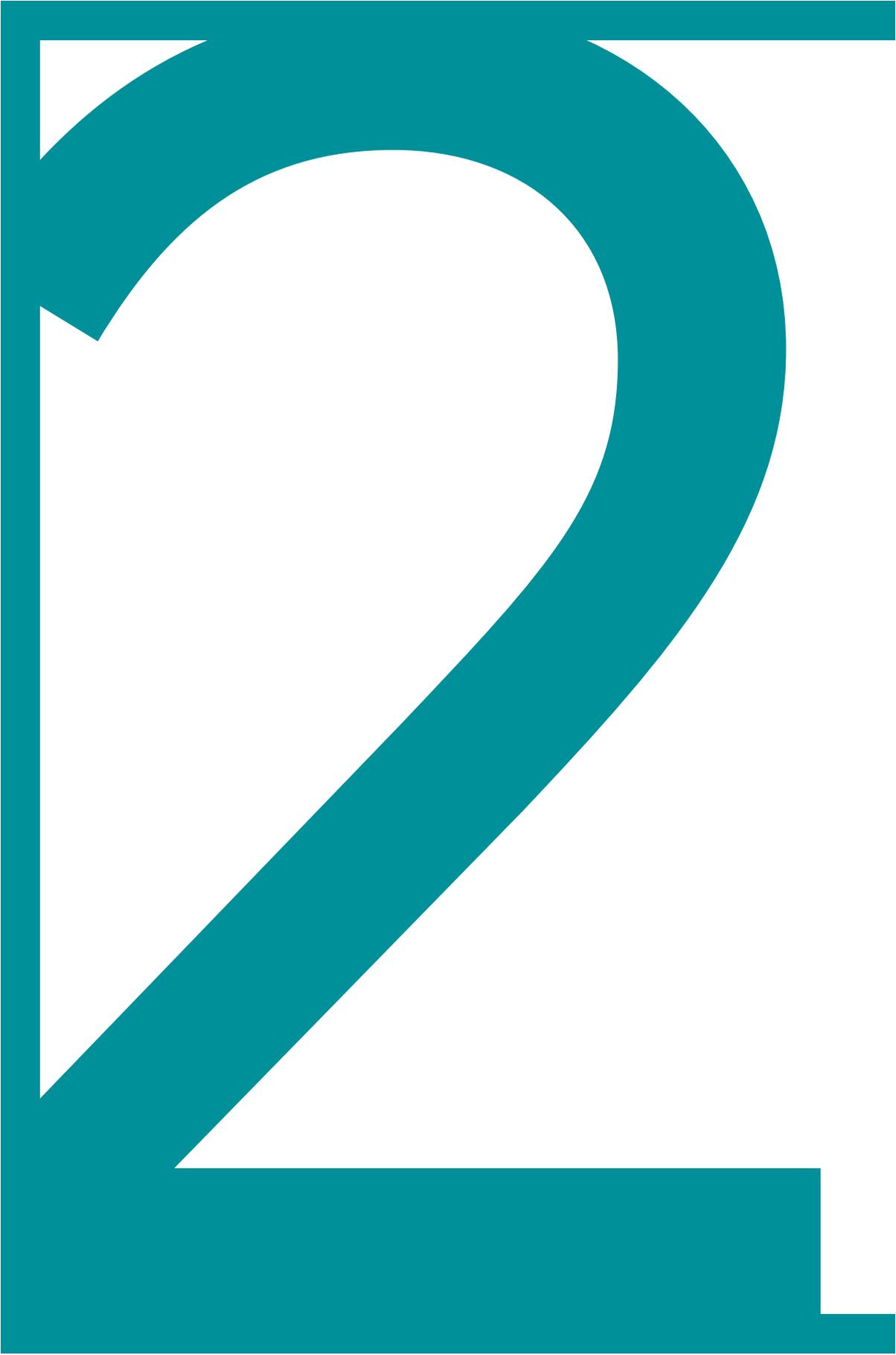
Graphique 11 Taux de reste à charge des ménages sur la DCSi et la CSBM en France



Lecture > En 2023, les ménages financent 9,3 % 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 (2024).** *France : profil de santé par pays 2023, State of Health in the EU.* Paris, France : Éditions de l'OCDE.
- > **OCDE (2023).** *Panorama de la santé 2023 : les indicateurs de l'OCDE.* Paris, France : Éditions de l'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/>



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2023, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 249,0 milliards d'euros, soit 8,8 % du PIB. Elle augmente de 5,2 % après une hausse de 4,0 % en 2022. Soutenue par la consommation de médicaments et les soins hospitaliers, la CSBM accélère en volume en 2023 (+3,9 % après +1,9 % en 2022). Le prix de la CSBM ralentit en 2023 (+1,2 % après 2,0 % en 2022), un niveau sensiblement inférieur à l'inflation de l'ensemble de l'économie.

En 2023, la CSBM accélère sur tous les postes

En 2023, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère (+5,2 % après +4,0 %) pour s'établir à 249,0 milliards d'euros (*tableau 1*), soit une dépense moyenne de 3 660 euros par habitant. Cette évolution est due à la fois à une hausse des prix (+1,2 %) et du volume (+3,9 %).

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, la CSBM a augmenté de 1,2 %, la hausse des prix (+6,2 %), tirée par les mesures de soutien au secteur de la santé, ayant plus que compensé la baisse en volume (-4,5 %) liée à la crise. En 2021, la reprise d'activité (+7,8 %) est liée quasi intégralement au fort rebond de la CSBM en volume (+8,2 %). Elle ralentit en 2022 (+4 %), mais reste dynamique, tirée à la fois par les volumes et les prix.

La CSBM comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, les consultations externes en établissement public et les médicaments et biens médicaux en sus consommés en établissement (*graphique 1*), pour 49,1 % du total (fiche 2) ;

- la consommation de soins ambulatoires, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinet libéral, en dispensaire, les dépenses de laboratoires de biologie médicale, les cures thermales ainsi que les transports sanitaires, pour 29,0 % du total (fiches 4 à 11) ;
- la consommation de biens médicaux en ambulatoire pour 21,9 % du total dont 13,4 % pour la consommation de médicaments (fiche 12) et 8,5 % pour la consommation de dispositifs médicaux (fiches 14 et 15).

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 engagées dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

En 2023, la part de la CSBM dans le PIB diminue légèrement de 0,1 point à 8,8 %¹. La part de la CSBM dans la consommation effective des ménages diminue de 0,5 point par rapport à l'année précédente ; elle atteint 12,5 % en 2023. Ces ratios demeurent à un niveau plus élevé qu'avant la crise sanitaire de 2020, bien qu'ils se rapprochent du niveau de 2019 (8,6 % pour le PIB et 12,5 % pour la consommation effective).

¹ Le PIB augmente de 6,3 % en valeur en 2023 (après +5,9 % en 2022).

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros courants

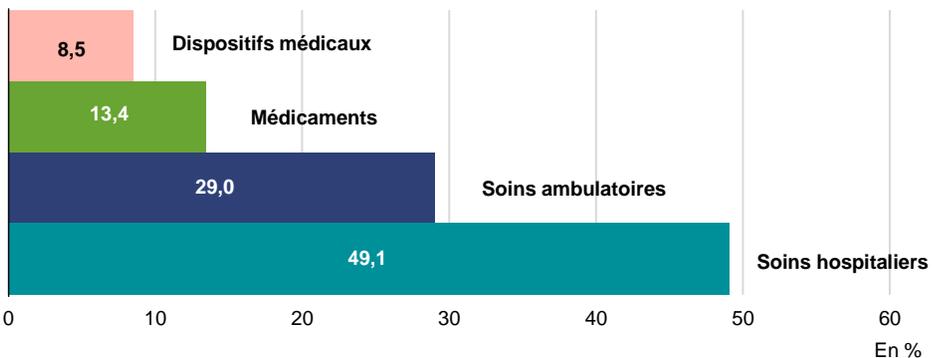
	2013	2021	2022	2023	Évolution 22/23 (en %)	Contribution 2023 (en points)
Soins hospitaliers	87 395	110 697	115 530	122 148	5,7	2,8
Secteur public	66 805	85 020	88 914	93 738	5,4	2,0
Secteur privé	20 590	25 677	26 616	28 410	6,7	0,8
Soins ambulatoires¹	53 674	66 072	68 365	72 248	5,7	1,6
Soins de médecins et de sages-femmes	20 449	24 045	25 048	26 179	4,5	0,5
Soins d'auxiliaires médicaux	12 391	17 245	17 642	18 700	6,0	0,4
Soins dentaires	11 859	14 272	14 701	15 473	5,3	0,3
Laboratoires de biologie médicale	4 301	4 643	4 567	4 782	4,7	0,1
Transports sanitaires	4 334	5 645	6 105	6 763	10,8	0,3
Cures thermales	340	222	302	350	16,0	0,0
Biens médicaux	45 692	50 843	52 852	54 569	3,2	0,7
Médicaments	31 581	30 846	32 420	33 415	3,1	0,4
Dispositifs médicaux ²	14 111	19 996	20 433	21 154	3,5	0,3
Ensemble	186 760	227 611	236 747	248 964	5,2	5,2
CSBM (en % du PIB)	8,8	9,1	8,9	8,8		
CSBM (en % de la consommation effective des ménages)	12,6	13,2	13,0	12,5		
Évolution (en %)	2,0	7,8	4,0	5,2		
Dont volume (en %)	2,0	8,2	1,9	3,9		
Dont prix (en %)	0,0	-0,4	2,0	1,2		

1. Dans les comptes de la santé, les soins ambulatoires recouvrent l'ensemble des soins et services de santé réalisés en ville. Ils excluent notamment les honoraires en cliniques privées.

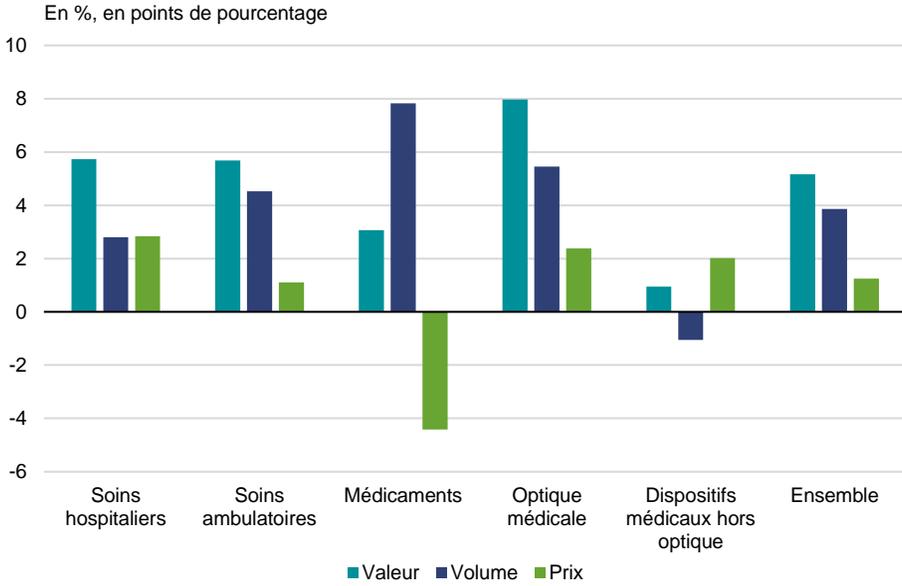
2. Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, aliments, matériels, pansements.

Lecture > En 2023, la CSBM progresse de 5,2 % ; les soins hospitaliers augmentent de 5,7 % en un an et contribuent pour 2,8 points à l'évolution de la CSBM en 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux de croissance en valeur, volume et prix pour les principaux postes de la CSBM en 2023

Lecture > En 2023, la consommation de soins ambulatoires augmente de 5,7 % en valeur. Cette hausse provient d'une augmentation de la consommation en volume de 4,5 % et de son prix de 1,1 %.

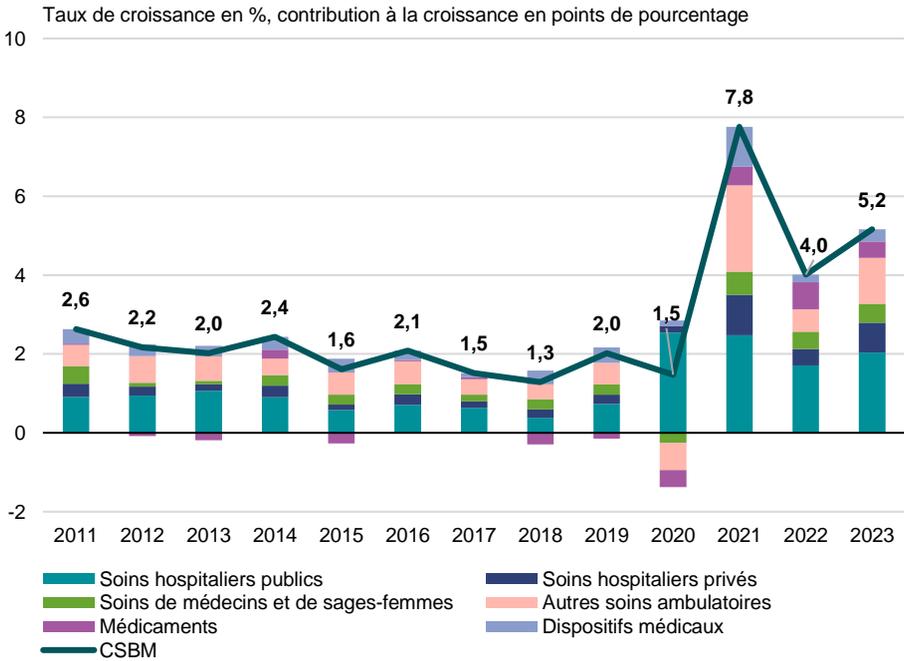
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

En 2023, les soins hospitaliers demeurent le premier facteur de croissance de la CSBM en valeur

Entre 2012 et 2023, la CSBM progresse en moyenne de 2,8 % par an en valeur. Au cours de cette période, les soins hospitaliers constituent le premier facteur de croissance de la CSBM (graphique 3).

En 2023, tous les secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur. Les soins hospitaliers expliquent plus de la moitié de cette croissance (fiche 2) ; l'augmentation des soins hospitaliers en valeur est notamment portée par les salaires à l'hôpital et la montée des prix de l'énergie. Les soins de médecins, de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers augmentent également à un rythme soutenu (fiches 4, 5, 6 et 8), en accélérant.

Graphique 3 Contribution à la croissance de la CSBM en valeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Le volume de l'activité en santé accélère en 2023

En 2023, l'activité en volume accélère (+3,9 %), après un net ralentissement en 2022 (+1,9 % après +8,2 % en 2021). Le secteur hospitalier contribue pour 1,4 point à l'évolution de la CSBM en 2023, les soins ambulatoires pour 1,3 point et les biens médicaux pour 1,2 point.

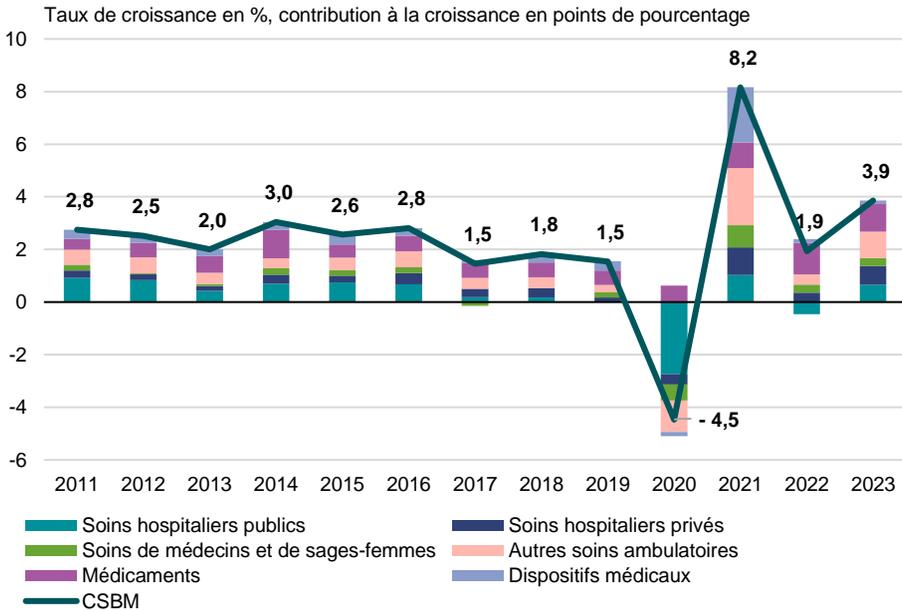
Les soins hospitaliers rebondissent en 2023 (+2,8 %) après une légère baisse en 2022 (-0,2 %). La baisse de 2022 s'explique par le repli de l'activité de l'hôpital public (-1,2 %), la hausse du nombre de séjours n'ayant pas compensé le recul des cas graves liés au Covid-19. En 2023, le volume d'activité du secteur public repart à la hausse (+1,8 %) : le nombre de séjours augmente notamment en raison de la hausse du taux d'hospitalisation à âge donné. Par ailleurs, l'activité accélère également dans les cliniques privées (+6,3 % en volume, après +3,1 % en 2022).

L'activité des secteurs relevant des soins ambulatoires progresse à nouveau en 2023 en volume. Les soins de médecins et de sages-femmes restent dynamiques (+2,9 % en 2023 comme en 2022). Cette

évolution est surtout portée par les soins des médecins spécialistes (+4,9 %) tandis que le taux de croissance de l'activité des médecins généralistes est proche de 0 (+0,2 % en 2023, après +3,2 % en 2022). Les autres soins ambulatoires contribuent à l'accélération de la CSBM en 2023 ; les soins dentaires et les soins des auxiliaires médicaux sont les deux principaux contributeurs à cette hausse : ils augmentent respectivement de 4,4 % et de 5,7 % en volume en 2023.

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 depuis 2020 et continuent de le faire en 2023 (+7,8 % en 2023, +7,9 % en moyenne annuelle entre 2020 et 2023). Ce rythme de croissance est bien plus élevé que celui des années précédentes (+3,9 % par an entre 2011 et 2020). Cette hausse est portée par d'importantes progressions de dépenses pour plusieurs classes thérapeutiques, telles que les traitements des cancers, les immunosuppresseurs et les antidiabétiques. Enfin, après deux années marquées par les achats de masques et le déploiement du 100 % santé, le volume des dispositifs médicaux augmente peu en 2023 (+1,3 %).

Graphique 4 Contribution à la croissance de la CSBM en volume



Source > DREES, comptes de la santé.

Le prix de la CSBM ralentit en 2023, mais sa tendance demeure plus dynamique qu'avant la crise sanitaire

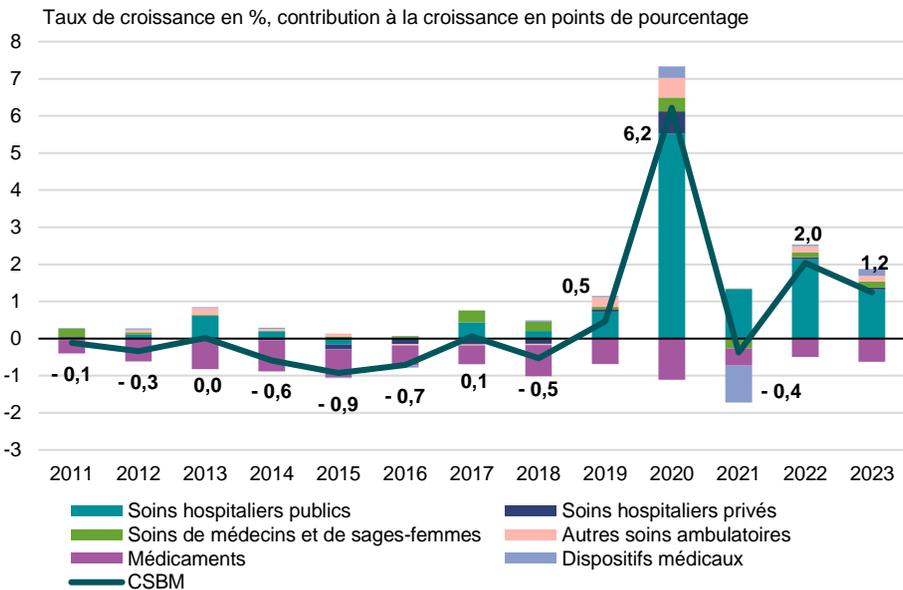
En 2023, le prix de la CSBM augmente de 1,2 % après 2,0 % en 2022 (graphique 5). Cette hausse reste néanmoins limitée, au regard du contexte inflationniste général : l'indice des prix à la consommation augmente de 4,9 % en 2023, après +5,2 % en 2022.

Le secteur hospitalier contribue pour 1,3 point à la hausse du prix de la CSBM, notamment en raison d'une hausse importante des prix des soins du secteur public (+3,6 %). La revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 contribue à une augmentation de la rémunération des salariés à l'hôpital

public en 2023 ; s'y ajoute la hausse des prix de l'énergie, qui fait augmenter le prix des consommations intermédiaires (fiche 2). À l'inverse, les soins de ville, dont les tarifs sont régulés dans l'ensemble, contribuent peu à la croissance du prix de la CSBM (pour 0,2 point).

Les médicaments en ambulatoire contribuent de nouveau à la baisse du prix de la CSBM (-0,6 point en 2023). La baisse des prix des médicaments (-4,3 % en 2023, -4,1 % par an en moyenne entre 2010 et 2022) est due en partie à la progression continue des remises conventionnelles (fiche 12), effet qui s'ajoute à la baisse tendancielle du prix de vente des médicaments. ■

Graphique 5 Contribution à la croissance de la CSBM en prix



Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

Les soins hospitaliers

La consommation de soins hospitaliers, premier poste de dépense de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), atteint 122 milliards d'euros en 2023, soit 49 % de la CSBM. Les soins hospitaliers restent dynamiques en 2023 avec une hausse de 5,7 % (après +5,8 % en moyenne annuelle entre 2020 et 2022). Dans le secteur public, les dépenses augmentent de 5,4 % en 2023 : le volume d'activité repart à la hausse (+1,8 % après -1,2 % en 2022) tandis que les prix ralentissent légèrement (+3,6 % après +5,9 %). Dans le secteur privé, les dépenses croissent en valeur de 6,4 % en 2023, portées quasi exclusivement par une hausse du volume (+6,3 %).

La Sécurité sociale finance près de 93 % des soins hospitaliers. Le reste à charge des ménages à l'hôpital est très faible ; il s'établit à 1,8 % de ces dépenses dans le secteur public et à 6,9 % dans le secteur privé.

Le volume de soins hospitaliers repart à la hausse en 2023

En 2023, la consommation de soins hospitaliers¹ (secteur public et privé², hors soins de longue durée) s'élève à 122,1 milliards d'euros. La croissance des soins hospitaliers en valeur, c'est-à-dire en euros courants, reste dynamique pour la quatrième année consécutive : +5,7 % en 2023, après trois années de progression entre +4 et +7 % (tableau 1). De 2013 à 2019, ces dépenses avaient augmenté à un rythme bien moins élevé (en moyenne +2,0 % par an).

La croissance des soins hospitaliers en valeur, au cours des années de crise sanitaire (2020-2022) s'explique d'abord par la hausse du prix des soins (+13,4 % en 2020, +2,8 % en 2021 et +4,6 % en 2022), portée par les mesures de soutien au secteur (garantie de financement dans le secteur privé, primes exceptionnelles et revalorisation des salaires dans le secteur public).

Au cours des années de crise sanitaire, le volume d'activité de l'hôpital a baissé. Après une baisse de 6,7 % en 2020 du fait des déprogrammations de soins non urgents, l'activité a rebondi en 2021 (+4,3 %). En 2022, malgré une hausse du nombre de séjours aussi bien dans le secteur public que dans le privé, le volume de soins hospitaliers recule de nouveau, légèrement (-0,2 %)³. En 2023, la hausse de 5,7 % de dépenses courantes de soins

hospitaliers s'explique pour moitié par la hausse des prix et pour moitié par un effet volume. L'augmentation du volume d'activité est portée par une croissance importante des séjours ambulatoires pour le secteur « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO), mais également par une augmentation de l'hospitalisation complète, pour la première fois depuis 2017.

Le volume de soins hospitaliers augmente plus rapidement dans le secteur privé en 2023 (+6,7%) que dans le public (+1,8 %). La hausse du taux d'hospitalisation à âge donné est le principal facteur expliquant les augmentations observées dans les deux secteurs. Les tendances démographiques générales affectent également le volume d'activité de l'hôpital et sont, par ailleurs, plus favorables à l'activité du privé, compte tenu de l'offre de soins de ce secteur. Ainsi, la baisse des naissances a pesé sur nombre de patients hospitalisés de moins de 1 an (-6,5 %) et affecte moins le privé (les moins de 1 an représentant 6 % des hospitalisations dans le public contre 2 % dans le privé). À l'inverse, la hausse du nombre de patients de 70 ans ou plus (+2,9% en 2023) a un effet structurellement positif sur le privé (les 70 ans ou plus représentent 22 % des hospitalisations du privé, contre 17 % dans le public). Les effets de la baisse des suppléments et des soins liés au Covid-19 contribuent à la baisse dans les deux secteurs.

¹ La façon de comptabiliser les dépenses n'est pas la même pour le public et le privé. 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 établissements privés à but non lucratif (essentiellement des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) anciennement sous dotation globale). Le secteur privé comprend les établissements privés à but lucratif, principalement les Espic anciennement sous objectif quantifié national (annexe 2).

³ La hausse du nombre de séjours en 2022 ne s'accompagne pas d'une hausse globale du volume d'activité en raison d'un effet de composition : les affections traitées les plus lourdes étant plutôt en recul (entre autres, les affections respiratoires, qui comprennent les hospitalisations pour Covid-19 grave).

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

	En milliards d'euros						
	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble	87,4	95,7	97,7	103,3	110,7	115,5	122,1
Évolution (en %)	2,6	1,3	2,1	5,8	7,2	4,4	5,7
Dont volume (en %)	1,3	1,1	0,4	-6,7	4,3	-0,2	2,8
Dont prix (en %)	1,3	0,1	1,7	13,4	2,8	4,6	2,8
Secteur public	66,8	73,0	74,5	79,8	85,0	88,9	93,7
Évolution (en %)	3,0	1,1	2,0	7,1	6,5	4,6	5,4
Dont volume (en %)	1,2	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,8
Dont prix (en %)	1,8	0,6	2,1	16,0	3,7	5,9	3,6
Secteur privé	20,6	22,7	23,1	23,5	25,7	26,6	28,4
Évolution (en %)	1,4	1,9	2,2	1,5	9,3	3,7	6,7
Dont volume (en %)	1,6	3,2	1,6	-3,5	9,5	3,1	6,3
Dont prix (en %)	-0,2	-1,2	0,6	5,3	-0,2	0,5	0,4

Lecture > En 2023, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 122,1 milliards d'euros et augmente de 5,7 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,8 % et une hausse des prix de 2,8 %.

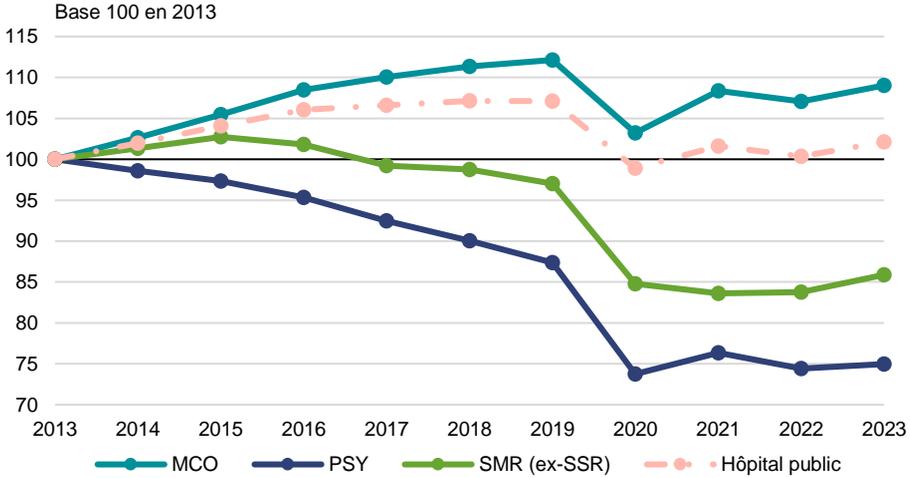
Sources > DREES, comptes de la santé ; DREES, SAE, ATIH et Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

L'activité à l'hôpital public repart à la hausse, mais reste à un niveau inférieur à celui observé avant la crise

Les dépenses de soins hospitaliers dans le secteur public augmentent de 5,4 % en 2023, après +4,6 % en 2022 (tableau 1).

L'année 2022 avait été marquée par un repli du volume d'activité (-1,2 %), en raison de la baisse importante des prises en charge des affections de l'appareil respiratoire et des réanimations (tableau 2), due à la diminution du nombre et de la gravité des séjours pour Covid-19 (moins de séjours avec passage en soins critiques). En 2023, le volume d'activité repart à la hausse (+1,8 %).

Malgré cette reprise, le volume d'activité pour l'ensemble de l'hôpital public demeure inférieur de 5,4 % à son niveau de 2019. Avant la crise sanitaire, la croissance en volume avait déjà connu une inflexion à partir de 2017, avec une augmentation moyenne de 0,2 % par an entre 2017 et 2019, contre 1,6 % par an entre 2013 et 2017. Ce fléchissement provenait principalement d'un ralentissement des volumes de soins de MCO. Par ailleurs, la baisse continue des volumes en psychiatrie (PSY) et en soins médicaux et de réadaptation (SMR [anciennement soins de suite et de réadaptation SSR]) depuis 2016 s'est accélérée avec la crise sanitaire. En 2023, le volume des soins augmente en PSY (+0,7 %) et en SMR (+2,5 %), mais reste inférieur de respectivement 14,2 % et 11,5 % à son niveau de 2019.

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

Note > L'effet qualité spécifique au 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.

Sources > DREES, SAE et ATIH ; calculs DREES.

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

En base 100 en 2019

	Poids en 2023 (en %)	2019	2020	2021	2022	2023
Évolution (en %)	100,0	0,7	-7,7	5,0	-1,2	1,8
Niveau (base 100 en 2019)	100,0	100,0	92,3	96,9	95,8	97,5
dont :						
Affections de l'appareil circulatoire	11,0	100	89,1	93,9	93,2	97,7
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	10,5	100	84,0	89,9	91,9	96,7
Suppléments réanimations	9,1	100	101,5	106,3	98,0	95,2
Affections de l'appareil respiratoire	8,4	100	113,2	117,9	106,9	99,1
Affections du tube digestif	7,6	100	85,7	91,2	91,2	94,4
Affections du système nerveux	6,9	100	90,9	92,6	91,4	93,6
Séances	6,6	100	99,6	109,2	111,4	117,1
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	5,2	100	96,6	99,0	98,3	92,9
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	3,9	100	88,4	92,1	93,6	97,0
Affections du rein et des voies urinaires	3,5	100	91,4	93,4	93,4	98,8

Note > Ce tableau ne porte que sur les dix premiers postes (sur 29) en termes d'activité. Ces derniers rassemblent 73 % de l'activité totale en 2023. La majorité des séjours liés au Covid-19 sont comptabilisés au sein des affections de l'appareil respiratoire qui baissent de 7,3 % en 2023 et contribuent de 0,6 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 2023 (-2,9 %).

Lecture > L'activité en MCO augmente de 1,8 % en volume en 2023. Les affections de l'appareil circulatoire, qui représentent 11,0 % du volume économique en MCO en 2023, augmentent de 4,9 % en volume cette année-là. Le niveau de l'activité liée aux affections de l'appareil circulatoire s'établit à 97,7, soit 2,3 % de moins que l'année de référence 2019, dont le niveau est fixé à 100.

Source > ATIH ; calculs DREES.

Encadré 1 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, c'est-à-dire en euros courants, entre un effet qui traduit l'évolution des prix et un effet dit « volume » qui reflète l'évolution des quantités et de la qualité des biens ou des services consommés (annexe 4).

L'activité des hôpitaux publics étant considérée comme non marchande (annexe 2), l'estimation de la valeur et du partage volume-prix de ce poste repose sur une méthodologie spécifique.

La valeur des soins délivrés à l'hôpital public est ainsi estimée par la somme des coûts de production, plutôt que par les montants facturés à l'Assurance maladie, à l'État et aux patients. La rémunération des salariés constitue la principale composante des coûts de production des hôpitaux publics. Ceux-ci recouvrent également les consommations intermédiaires (énergie, médicaments, fournitures médicales diverses, frais de blanchisserie, etc.), les impôts nets de subventions sur la production ainsi que la consommation de capital fixe, estimation du coût d'usure du capital (réalisée par l'Insee).

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 correspond à l'évolution du nombre de séjours, pondérée par le coût moyen du séjour (c'est-à-dire le tarif appliqué au groupe homogène de malades [GHM] de ce séjour) l'année $n-1$. Suivant cette méthodologie fixée au niveau international, la qualité des soins est, par convention, 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.

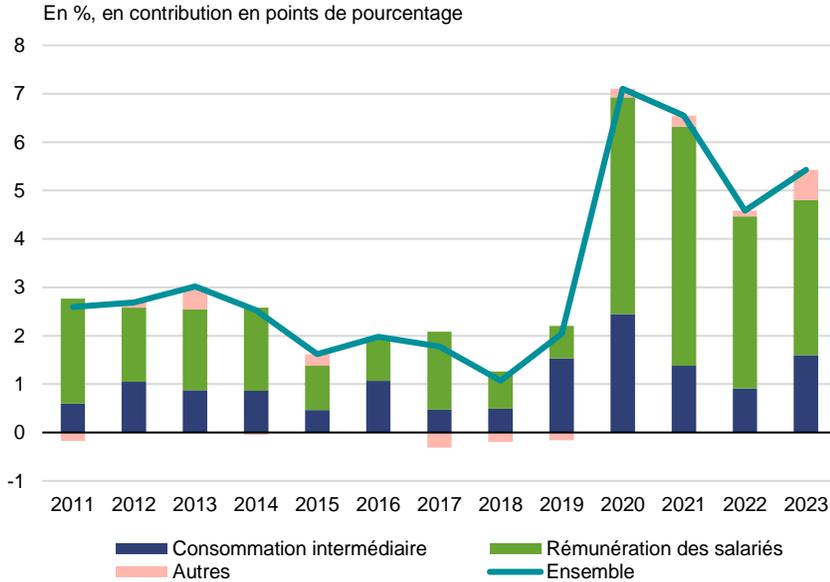
Dans les comptes de la santé comme dans les comptes nationaux produits par l'Insee, la méthode d'estimation du volume d'activité a été adaptée en raison du contexte créé par la crise sanitaire. Cette nouvelle méthode a rencontré certaines limites, qui ont entraîné dans cette édition des révisions sur la mesure du volume de l'hôpital public (annexe 4).

Lors du passage à la base 2020, l'Insee a réestimé à la baisse le niveau de la production de l'hôpital public en santé humaine. En effet, lors de ces travaux, l'Insee a estimé à plus de 3 milliards d'euros la part de l'activité des hôpitaux publics liée à la recherche-développement en santé. Ces travaux de réestimation du niveau de production de soins de l'hôpital public n'ont pas été pris en compte lors de l'élaboration de la présente édition des comptes de la santé. Ils feront l'objet de travaux spécifiques lors de l'édition 2025.

La revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % en juillet 2023, à laquelle s'ajoutent des mesures spécifiques à la santé, telle que l'augmentation des indemnités de garde ou de l'indemnité forfaitaire de sujétion, entraîne une augmentation des rémunérations des salariés de 4,7 % dans le secteur hospitalier public, prolongeant la tendance à la hausse observée pendant la crise sanitaire (+5,3 % en 2022, +7,4 % en 2021). Ce dynamisme des rémunérations continue de soutenir la croissance en valeur de la consommation des soins hospitaliers publics (*graphique 2*). Par ailleurs, les consommations intermédiaires augmentent également en 2023, selon les premières estimations disponibles (données

provisoires susceptibles de révisions). Cette augmentation est notamment due à la hausse des prix des matières premières, notamment de l'énergie, dont les effets se manifestent avec retard pour l'hôpital public.

En définitive, la valeur des soins délivrés par les hôpitaux publics (estimée par les coûts de production) (*encadré 1*) augmente de nouveau fortement en 2023, avec une hausse de 5,4 % (après +4,6 % en 2022 et +6,5 % en 2021). Le rebond de l'activité en volume restant limité, cette hausse se traduit par une nouvelle hausse du prix des soins délivrés par l'hôpital public (+3,6 % après +5,9 % en 2022).

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

Source > Insee, comptes nationaux, calculs DREES.

La consommation des soins délivrés par les hôpitaux privés reste fortement dynamique en 2023

En 2023, les soins hospitaliers fournis par le secteur privé lucratif s'élèvent à 28,4 milliards d'euros, en augmentation de 6,7 % après +3,7 % en 2022 (tableau 1). Les soins hospitaliers du secteur privé comprennent, d'une part, les honoraires des praticiens libéraux exerçant en clinique (ils représentent 32 % de la valeur des soins, soit 9,2 milliards d'euros en 2023) et, d'autre part, la rémunération des cliniques (19,2 milliards d'euros en 2023).

Les honoraires des praticiens libéraux, qui sont principalement perçus par des médecins spécialistes (graphique 3), restent très dynamiques et accélèrent même en 2023 (+9,1 % après +5,9 % en 2022) [tableau 3].

La rémunération des cliniques s'accroît également en 2023 (+5,6 % après +2,6 %). À l'exception des forfaits, les différentes composantes de dépenses sont en hausse en 2023. Après un fort rebond en 2021, les dépenses en MCO ont ralenti en 2022, mais connaissent à nouveau une forte accélération en 2023 (+1,9 % en 2022 puis +7,5 % en 2023). Cette évolution s'explique par une augmentation du nombre de séjours, portée par une hausse du recours à l'hospitalisation.

La consommation de SMR (ex-SSR) continue de croître en 2023 (+3,2 % après +2,1 % en 2021). Cette hausse s'explique par une accélération de l'activité à temps complet et un maintien de la tendance haussière de l'activité partielle.

Le nombre d'hospitalisations à domicile (HAD) continue de croître en 2023 (+5,4 %) après une année de forte hausse (+8,4 % en 2022), la crise sanitaire ayant déporté une partie de l'activité vers le domicile des patients.

Les dépenses de psychiatrie décélèrent légèrement par rapport à 2022, mais restent dynamiques (+3,8 % après +4,8 %).

Les dépenses des médicaments de la liste en sus sont très dynamiques, avec une hausse de 11,7 %, faisant suite à une année également en forte croissance (+9,6 % en 2022). Comme en 2022, cette évolution est notamment portée par les antinéoplasiques (ralentisseurs de développement des tumeurs).

Enfin, les dotations, qui incluent la garantie de financement, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), l'incitation financière à la qualité (Ifaq) ainsi que le coefficient prudentiel sont divisés par deux (-55,8 % entre 2022 et 2023, de 2 801 à 1 237 millions d'euros). Cela s'explique par la cessation de la garantie de financement, après des baisses progressives entre 2020 et 2022.

Tableau 3 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé de 2021 à 2023

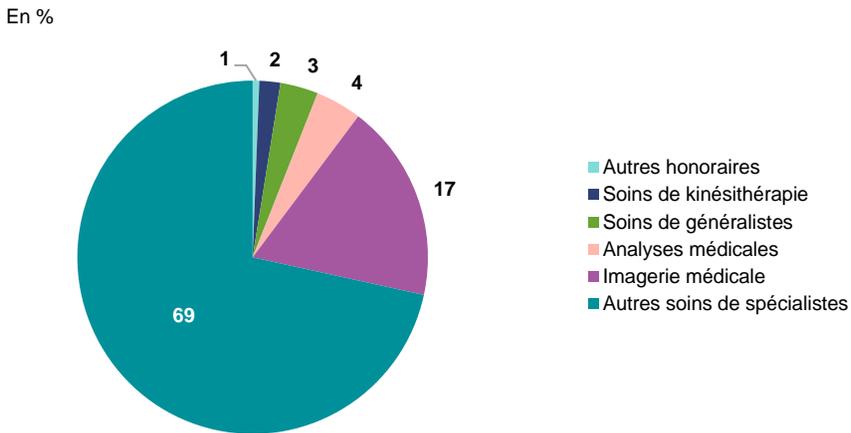
	Niveaux (en millions d'euros)			Répartition en 2023 (en %)	Évolutions (en %)	
	2021	2022	2023		2022	2023
Honoraires des praticiens	7 930	8 399	9 166	32	5,9	9,1
Rémunérations des cliniques	17 747	18 217	19 244	68	2,6	5,6
MCO	11 832	12 060	12 967	46	1,9	7,5
SMR (ex-SSR)	2 613	2 668	2 753	10	2,1	3,2
PSY	954	999	1 038	4	4,8	3,8
Médicaments en sus ¹	689	755	844	3	9,6	11,7
Dispositifs médicaux en sus ¹	800	842	890	3	5,3	5,7
Forfaits et assimilés ²	859	893	753	3	3,9	-15,7
Secteur privé	25 677	26 616	28 410	100	5,3	5,7

1. Y compris remises.

2. Forfait activités isolées, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, forfait journalier, forfait C2S, forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Répartition des honoraires versés en 2023 par type de praticiens libéraux en clinique privée

Source > DREES, comptes de la santé.

Une répartition du financement stable par rapport à 2022

La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (*tableau 4*). En 2023, elle prend en charge 93,9 % de la dépense de soins hospitaliers publics et 88,4 % de celle du 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 (aide médicale de l'État [AME] et dépenses au titre

des anciens combattants). Les organismes complémentaires financent, par ailleurs, des frais d'hébergement à l'hôpital (suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc.) qui ne sont pas comptabilisés dans le champ de la CSBM détaillé ici (fiche 18).

Le reste à charge des ménages représente, en 2023, 1,8 % des dépenses pour les soins hospitaliers publics. Le reste à charge en secteur privé est sensiblement plus élevé, à 6,9 % en 2023. ■

Tableau 4 Financement des dépenses de soins hospitaliers en 2023

	Secteur public		Secteur privé	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	87 984	93,9	25 128	88,4
État	1 013	1,1	82	0,3
Organismes complémentaires	3 052	3,3	1 236	4,4
Ménages	1 689	1,8	1 964	6,9
Total	93 738	100,0	28 410	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2023, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024.*
- > **Comité économique de l'hospitalisation publique et privée** (à paraître). *Rapport annuel 2024.*
- > 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 2022, le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse de 6,5 % et dépasse de 2,5 % son niveau d'avant la crise sanitaire. En revanche, en hospitalisation complète (avec nuitée), le nombre de séjours diminue de 0,9 % et est inférieur de 10,4 % à son niveau d'avant-crise. Le nombre de passages aux urgences a également augmenté (+6,5 %), sans renouer avec son niveau de 2019. Le secteur public offre 73 % des capacités d'accueil. Le secteur hospitalier public et privé totalise 1,4 million de salariés fin 2021.

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 (caractérisés 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 la 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) rassemble les soins les plus répandus ;
- la discipline des « soins de suite et de réadaptation » (SSR) – appelés « soins médicaux et de réadaptation » (SMR), depuis le 1^{er} juin 2023 – concerne les soins faisant suite à

des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ;

Ces deux disciplines regroupent des prises en charge à temps complet (séjours avec nuitée), à temps partiel (séjours sans nuitée) ou en hospitalisation à domicile (HAD).

- la discipline de « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques, pris en charge en hospitalisation complète¹⁰ ou en hospitalisation partielle¹¹.

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) : ils ne sont pas étudiés dans cette fiche.

En 2022, 12,9 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines, à un niveau quasi identique à celui de 2019 (-0,1 %), en progression de 1,7 % en 2022 (après +9,0 % en 2021 et -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 SMR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les modalités de prise en charge (recours à l'hospitalisation complète ou partielle notamment) diffèrent entre privé et public et selon la discipline.

¹⁰ Au sein des prises en charge à temps complet, cette fiche prend en compte uniquement les hospitalisations à temps plein, mais pas l'accueil familial thérapeutique, celui en centre de postcure, etc.

¹¹ Ne sont pas pris en compte dans cette fiche les prises en charge ambulatoires (centres médico-psychologiques, unités de consultation des services, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel...).

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue de 0,9 % en 2022 (après +3,3 % en 2021 et -12,4 % en 2020), pour une baisse cumulée de 10,4 % depuis 2019. Le recul est plus faible dans le public que dans le privé, entre 2021 et 2022 (-0,6 % dans le public, -2,0 % dans le privé), comme entre 2019 et 2022, (-9,4 % dans le public et -13,5 % dans le privé). En 2022, la diminution de l'activité d'hospitalisation complète est moins prononcée en MCO (-0,9 %) qu'en SMR (-1,2 %), et qu'en psychiatrie (-1,4 %). Par rapport à 2019, c'est également le cas (-9,5 % en MCO contre -17,7 % en SMR et -12,0 % en psychiatrie). Le recul par rapport à l'avant-crise sanitaire, certes plus faible en MCO (-8,2 % dans le public contre -14,1 % dans le privé) est en revanche plus marqué en SMR (-20,1 % contre -13,1 %) et en psychiatrie (-14,5 % contre -2,8 %).

Le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse de 6,5 % en 2022, davantage dans le secteur privé (+9,0 % en 2022) que dans le public (+4,8 %). L'activité d'hospitalisation partielle du public est inférieure de 5,1 % à son niveau de 2019 et supérieure de 13,8 % dans le secteur privé. En MCO, l'activité

partielle progresse de 5,0 % en 2022 et atteint un niveau supérieur de 11,9 % à celui de 2019 (supérieur de 13,3 % dans le public, et de 10,5 % dans le privé). En SMR les hausses successives constatées en 2021 (+41,2 %) puis en 2022 (+11,9 %) compensent la baisse de 32,7 % observée en 2020 : le niveau d'activité de 2022 dépasse de 6,3 % le niveau d'avant-crise ; il lui est supérieur de 20,8 % dans le privé, mais inférieur de 4,0 % dans le public. En psychiatrie, l'activité partielle augmente en 2022 (+3,8 % après +18,9 % en 2021 et -34,6 % en 2020), mais reste inférieure de 19,3 % à son niveau de 2019 ; elle lui est inférieure de 24,7 % dans le public, mais supérieure de 14,2 % dans le privé.

La structure des activités des établissements de santé diffère 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 (soit 60 000 des 85 000 places ouvertes), 74 % en hospitalisation complète et 79 % en hospitalisation à domicile (HAD) [tableau 1].

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places, fin 2022

	Niveaux		Ensemble	Part (en %)	
	Secteur public	Secteur privé		Secteur public	Secteur privé
Hospitalisation complète (en lits)	253 752	90 882	344 634	74	26
MCO	149 341	40 950	190 291	78	22
PSY	37 730	14 856	52 586	72	28
SMR (ex-SSR) ¹	66 681	35 076	101 757	66	34
Hospitalisation partielle (en places)	60 032	24 983	85 015	71	29
MCO	22 405	14 741	37 146	60	40
PSY	27 175	2 716	29 891	91	9 %
SMR (ex-SSR) ¹	10 452	7 526	17 978	58	42
HAD²	18 368	4 781	23 149	79	21

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

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

2. L'HAD est un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète, au même titre que l'hospitalisation partielle, dont elle ne fait pas partie. Les « places » d'accueil en HAD ne correspondent pas à un nombre de « places », mais de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).

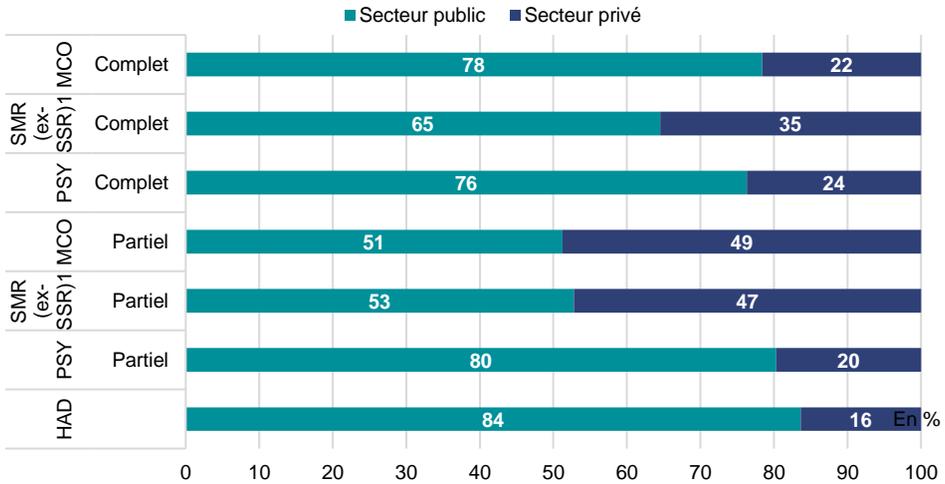
Source > DREES, SAE 2022.

Le secteur public représente une plus grande part des lits d'hospitalisation complète en MCO (78 %), qu'en psychiatrie (72 %) ou en SMR (66 %). En termes d'activité, la part du secteur public dans le total des séjours d'hospitalisation complète est cependant équivalente en MCO et en psychiatrie (respectivement 78 % et 76 %) [graphique 1].

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 91 % des places en psychiatrie, mais 60 % en MCO et 58 % en SMR. Les cliniques privées recourent davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, si bien que le secteur privé réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il

ne représente que 40 % des places. En chirurgie ambulatoire, le secteur privé lucratif dispose de 61 % des places et concentre 65 % des journées d'hospitalisation partielle. 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 30,8 jours en psychiatrie et 33,8 jours en SMR. Comme en 2021 et 2020, la DMS demeure plus longue dans le public que dans le privé pour les séjours de MCO, mais elle y est plus courte pour les séjours de SMR et surtout pour ceux de psychiatrie et en HAD (graphique 2).

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et d'HAD et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

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

Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et l'HAD et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Pour la psychiatrie, les séjours d'hospitalisation à temps complet, autres que le temps plein, ne sont pas pris en compte dans ce graphique (accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, etc.).

Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR 2022, PMSI-HAD pour l'activité de court séjour (MCO), de SSR et d'HAD ; calculs DREES ; DREES, SAE 2022, pour la psychiatrie.

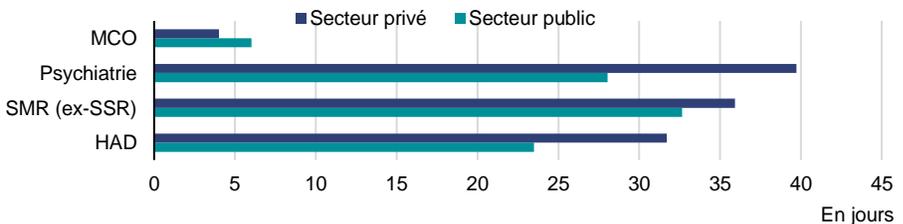
Le nombre de lits recule davantage depuis la crise sanitaire

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de places d'hospitalisation partielle augmente régulièrement (+2,9 % par an en moyenne de 2003 à 2019), tandis que le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue (-0,5 % par an en moyenne). Ce « virage ambulatoire » concerne le champ MCO et la psychiatrie, mais pas les SMR, où le nombre de lits en hospitalisation complète a progressé sur la période. Cette tendance à la baisse des lits d'hospitalisation complète s'accroît à partir de 2020. Le nombre de lits diminue de 1,3 % en 2020 puis de 1,4 % en 2021

(contre -0,9 % par an en moyenne sur la période 2013-2019) et recule à nouveau de 1,8 % en 2022. Cette tendance s'observe tous secteurs confondus dans toutes les disciplines. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie en MCO, mais il progresse en psychiatrie et en SMR.

Dans le même temps, le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente plus rapidement en 2022 qu'avant la crise sanitaire (+3,1 % après +3,4 % en 2021, comparé à +2,5 % par an sur la période 2013-2019), avec une hausse concentrée sur le secteur privé.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et HAD, en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2022, pour l'activité de MCO, de SSR et de HAD, calculs DREES ; DREES, SAE 2022, pour la psychiatrie.

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent 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 SMR. L'HAD continue de se développer en 2022, mais à un rythme ralenti, contrecoup de la forte accélération constatée en 2020. Le nombre de séjours d'HAD a progressé de +2,8 % en 2022 (après +3,7 % en 2021 et +15,9 % en 2020), tout comme le nombre de journées associées (+0,5 % après +2,5 % en 2021). En 2022, 23 100 patients peuvent ainsi être pris en charge simultanément en HAD.

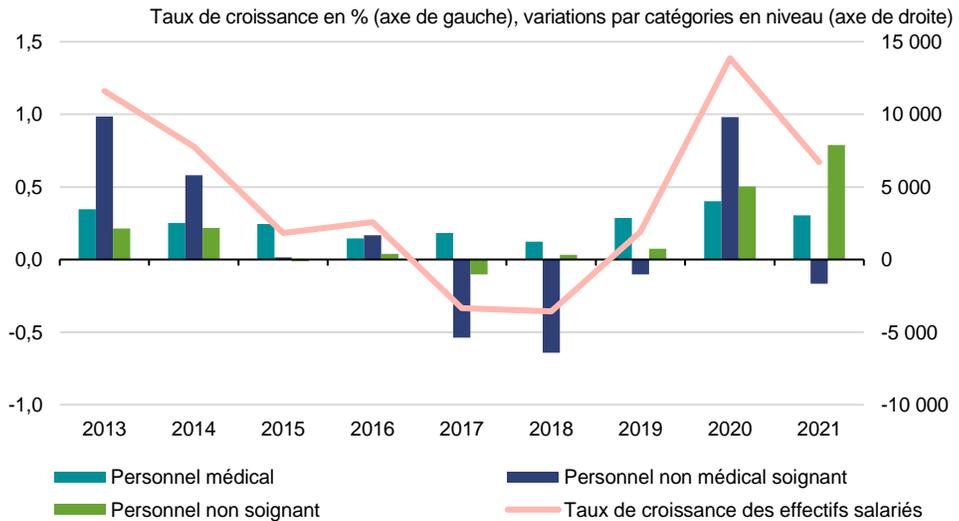
Les autres alternatives à l'hospitalisation classique progressent modérément en 2022 : 15,0 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées, en hausse de 0,6 % après +4,5 % en 2021. Cette croissance, plus modérée qu'avant la crise sanitaire (+3,0 % par an en

moyenne entre 2013 et 2019) diffère selon le type de traitement : les séances de chimiothérapie ambulatoire progressent fortement (+3,7 %), celles de dialyse augmentent peu (+0,8 %) et celles de radiothérapie baissent (-2,6 %).

Cette disparité s'observe également par rapport à l'avant-crise sanitaire : si le nombre de séances est supérieur, en 2022, de 5,9 % par rapport à l'année 2019 pour l'ensemble des séances, il a plus fortement augmenté pour les séances de chimiothérapie (+12,6 % par rapport au niveau de 2019), que pour celles de dialyse (+5,7 %) ou de radiothérapie (+1,5 %).

Enfin, en 2022, les 688 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,6 millions de passages, soit une hausse de 6,2 % par rapport à 2021 (après +12,5 % en 2021 et -17,7 % en 2020), mais un niveau qui reste en retrait de 1,8 % par rapport à 2019, alors que le nombre de passages aux urgences augmentait continuellement avant crise sanitaire (+2,7 % en moyenne par an).

Graphique 3 Taux de croissance des effectifs salariés des établissements de santé publics et privés et variations par catégories



Note > Le personnel médical regroupe les médecins et assimilés salariés, les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes et les sages-femmes salariées. Le personnel non médical soignant regroupe les infirmières, les aides-soignantes ainsi que le personnel salarié d'encadrement des services de soins, les salariés psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes non médecins, les agents de services hospitaliers et le personnel de rééducation. La catégorie « personnel non soignant » regroupe le personnel administratif, le personnels éducatif et social, le personnel médico-technique, technique et ouvrier.

Lecture > En 2021, les effectifs salariés hospitaliers croissent de 0,7 % par rapport à 2020 : les effectifs de personnel non soignant augmentent de 7 900, ceux de personnel médical de 3 000, tandis que les effectifs de personnel non médical soignant diminuent de 1 700.

Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31 décembre (personnes physiques), y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis ; France.

Sources > Insee, SIASP et DADS/BTS, calculs DREES ; DREES, SAE.

1,4 million de salariés dans le secteur hospitalier fin 2021

Fin 2021, 1,4 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé. Ces effectifs ralentissent en 2021 (+0,7 %), après avoir augmenté de façon marquée en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire (+1,4 %) [graphique 3].

Alors que toutes les catégories de personnel avaient progressé en 2020, en 2021, cette augmentation est tirée par les personnels non soignants (salariés de la filière administrative et autres personnels non soignants) et le personnel médical hors sages-femmes (soit les médecins et assimilés ainsi que les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes). Le nombre de personnels soignants non médicaux (infirmières, aides-soignantes et autres personnels soignants) diminue sous l'effet d'un repli du nombre d'infirmières.

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

Le financement du secteur hospitalier suit 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, un tarif de référence est fixé pour les établissements du secteur public, d'une part, et pour ceux du secteur privé, d'autre part. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'Assurance maladie. 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'Assurance maladie 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'Assurance maladie 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'Assurance maladie, principalement via ce mécanisme de tarif, est piloté chaque année par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier.

La principale source de financement des hôpitaux publics¹ est l'Assurance maladie (77 % des ressources du budget principal², qui regroupe les activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (62 % des dépenses du budget principal³). En 2022, le déficit global des hôpitaux publics s'accroît et atteint 1,3 milliard d'euros (après 415 millions en 2021), soit 1,3 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Cette très nette détérioration contraste avec l'amélioration apparente de leur situation financière en 2020, qui était essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. L'effort d'investissement poursuit cependant sa reprise et atteint 5,0 % des recettes en 2022 (après 4,7 % en 2021), en raison notamment des engagements pluriannuels décidés lors du Ségur de la santé et consolidés par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021⁴. Le ratio d'indépendance financière (part des dettes au sein des capitaux permanents) poursuit son amélioration et s'établit à 45,7 % en 2022, après 46,8 % en 2021 : le reflux entamé depuis 2019 se confirme, après la progression continue de 2005 à 2018. La restauration des capacités financières des hôpitaux est l'un des objectifs poursuivis par le Ségur de la santé, qui prévoit à cette fin un engagement de 6,5 milliards d'ici 2029.

Le secteur privé est globalement excédentaire. Son résultat net, très fortement soutenu par les subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, atteint 627 millions d'euros en 2022 (après 598 millions en 2021). Il s'établit à 3,4 % des recettes, un niveau record, plus de deux fois plus élevé que ce qu'il était en 2019 (1,6 %). Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 36,0 % des capitaux permanents en 2022, s'améliore de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (46,4 %).

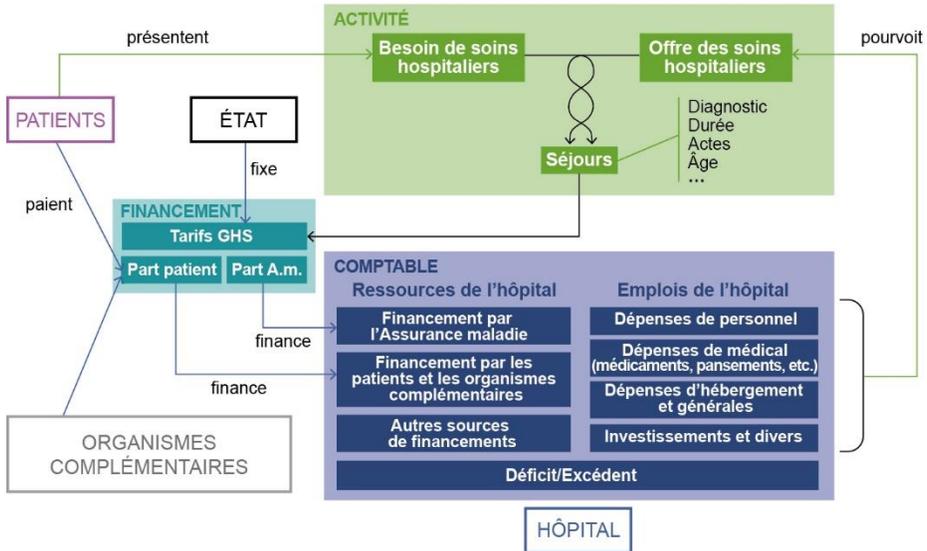
¹ Dans cette section uniquement, les hôpitaux publics ne tiennent pas compte des établissements privés à but non lucratif.

² La hausse de la participation de l'Assurance maladie de 2 points par rapport à 2019 (75 %) provient principalement du dispositif de garantie de financement mis en place pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte sanitaire exceptionnel (Cazeuve-Lacrouz, 2024), ainsi que de la prise en charge des surcoûts engendrés par le traitement des patients affectés par le Covid-19.

³ La part des dépenses de personnel dans les charges reste stable en 2022, mais a augmenté de 1 point par rapport à 2019 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 d'une part par le Ségur de la santé, et, induites d'autre part, par la revalorisation d'un point d'indice de la fonction publique).

⁴ Sur l'engagement global de 19 milliards d'euros sur dix ans, 9 milliards d'euros ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé.

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



A.m. : Assurance maladie ; GHS : groupe homogène de séjour.

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.

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'Assurance maladie, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou via les organismes complémentaires (tableau 2).

Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au forfait journalier hospitalier (FJH) multiplié par la durée du séjour. Deuxièmement, la participation aux soins dépend du secteur. Dans le secteur public, cette participation aux soins est usuellement payée selon la durée du séjour via un tarif journalier de prestation (TJP) qui est propre à chaque établissement. Dans le secteur privé, la participation du patient aux soins généraux est usuellement de 20 % du tarif de référence du séjour. Les honoraires des médecins (chirurgiens par exemple) sont facturés en sus, et sont, comme tout honoraire, pris en charge partiellement par l'Assurance maladie. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions : dispositif

affection de longue durée (ALD), accidentés 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 (fiche 18).

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'Assurance maladie. 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. ■

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 : accidents du travail et maladies professionnelles, 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

- > **Cazenave-Lacroutz, A.** (2024). Les établissements de santé en 2022 – Édition 2024. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Richet, J.** (2022, juillet). [Apprécier la situation économique des établissements de santé](#). DREES, *DREES Méthodes*, 3.

Les soins ambulatoires

La consommation de soins courants des médecins généralistes en ville s'élève à 10,7 milliards d'euros en 2023. Après une hausse importante des soins des médecins généralistes en 2022 (+3,8 %), celle-ci augmente plus modestement en 2023 (+1,6 %), principalement en raison d'une hausse du prix des soins (+1,4 %). Pour la première fois depuis plus de dix ans, les dépassements d'honoraires des médecins généralistes libéraux sont en hausse en 2023, leur niveau restant limité (2,1 % des honoraires). Par ailleurs, en une décennie, les effectifs des médecins généralistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) ont baissé de près de 3 000 médecins (-4 %). La part des soins courants dispensée par les généralistes et financièrement supportée par les ménages augmente légèrement (+0,1 point en 2023 à 5,5 %) mais demeure légèrement en dessous du niveau qu'elle avait en 2019, avant crise sanitaire.

Les dépenses de soins courants des médecins généralistes moins dynamiques en 2023

La consommation de soins courants des médecins généralistes en ville (en cabinets libéraux ou en dispensaires, hors cliniques privées) s'élève, en 2023, à 10,7 milliards d'euros, soit 4,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) (tableau 1). Contrairement à la plupart des postes de la CSBM, les soins courants assurés par les médecins généralistes affichent une dynamique nettement moins soutenue en 2023 (+1,6 %) qu'en 2022 (+3,8 %). À la suite de la crise liée au Covid-19, l'augmentation de l'activité des médecins généralistes a été portée par une croissance soutenue du volume de soins courants (+3,2 % en 2022 après +3,3 % en 2021) (graphique 1). En 2023, le volume de soins courants s'essouffle (+0,2 %).

La croissance des soins courants des médecins généralistes en 2023 s'explique essentiellement par la hausse du prix des soins (+1,4 %), après la légère hausse de 2022 (+0,5 %) et la baisse significative de 2021 (-1,6 %) consécutive à la fin des mesures gouvernementales de soutien à l'activité¹ (graphique 2). La hausse des prix de 2023 traduit la revalorisation des tarifs intervenue en fin d'année. En effet, depuis le 1^{er} novembre 2023, les consultations des médecins généralistes conventionnés avec l'Assurance maladie ont été revalorisées de 1,50 euros en métropole et de 1,80 euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Le tarif opposable d'une consultation de médecin généraliste de secteur 1, sans dépassement d'honoraires, s'élève désormais à 26,50 euros et 31,40 euros dans les DROM, soit une revalorisation de 6 %.

Tableau 1 Consommation de soins courants de médecins généralistes en ville

	En millions d'euros					
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants	9 481	10 386	10 027	10 193	10 575	10 739
Honoraires ¹	8 693	8 379	7 751	8 017	8 276	8 341
Contrats et assimilés ²	221	1 451	1 736	1 670	1 762	1 935
Prise en charge des cotisations	567	556	539	506	537	464
Évolution (en %)	-0,1	0,9	-3,5	1,7	3,8	1,6
Dont volume (en %)	-0,2	0,9	-5,4	3,3	3,2	0,2
Dont prix (en %)	0,1	0,0	2,1	-1,6	0,5	1,4

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

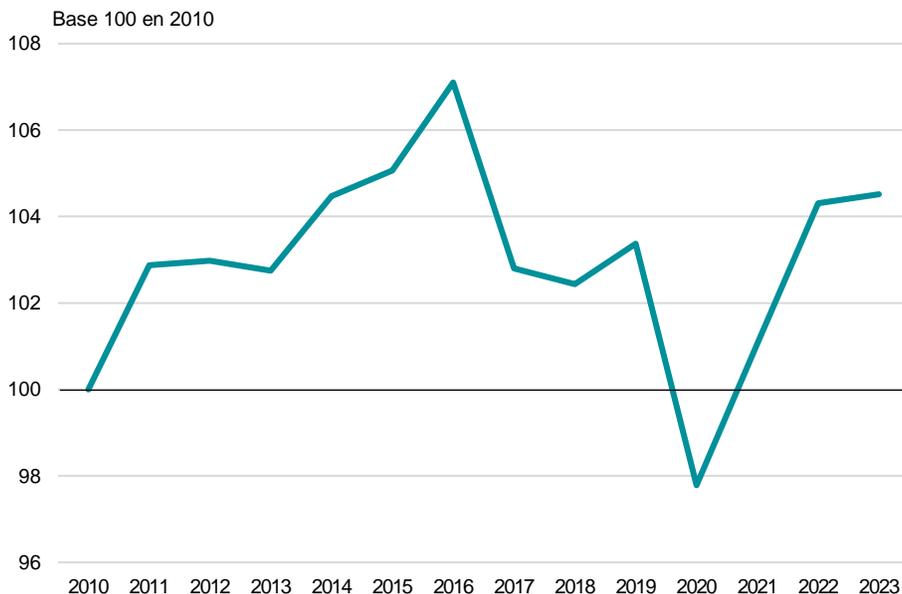
2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins de médecins généralistes s'élève à 10 739 millions d'euros, dont 464 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 1,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 0,2 % du volume de soins et d'une hausse de 1,4 % du prix.

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

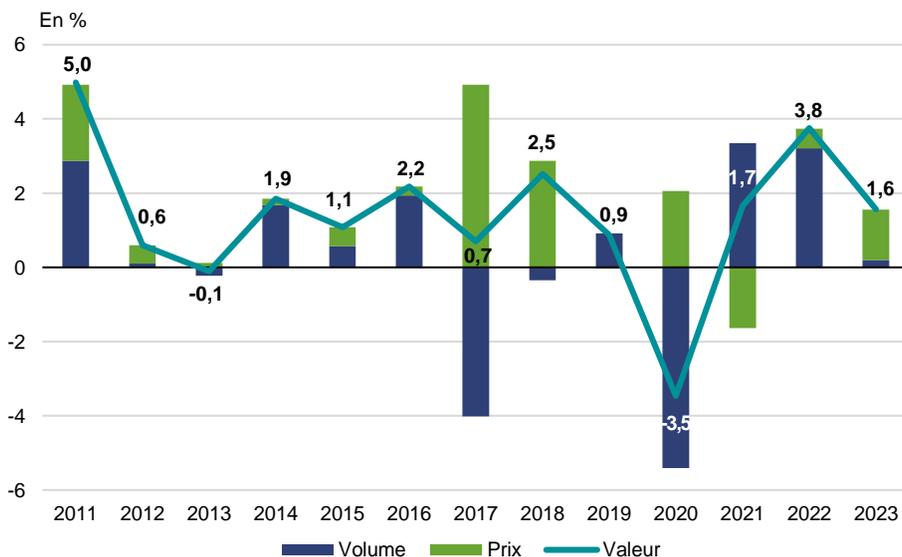
¹ Les montants au titre du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) créé en 2020 sont comptabilisés comme un pur effet prix. L'extinction du dispositif

en 2021 induit donc, toutes choses égales par ailleurs, un recul des prix des soins des professionnels de santé.

Graphique 1 Les soins courants de médecins généralistes en volume

Lecture > En 2023, le volume de soins de médecins généralistes s'élève à 105 en comparaison de l'année de référence 2010 dont le niveau est fixé à 100. Autrement dit, en 2023, le volume de soins est donc supérieur de 5 % au niveau de 2010.

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

Graphique 2 Partage volume-prix de l'évolution de la consommation des soins de médecins généralistes

Lecture > La valeur des soins de médecins généralistes augmente de 1,6 % en 2023. Cette hausse se décompose en une hausse de 1,4 % du prix des soins et une hausse de 0,2 % du volume de soins.

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

En 2023, les contrats et forfaits premiers contributeurs à l'augmentation de la consommation de soins courants

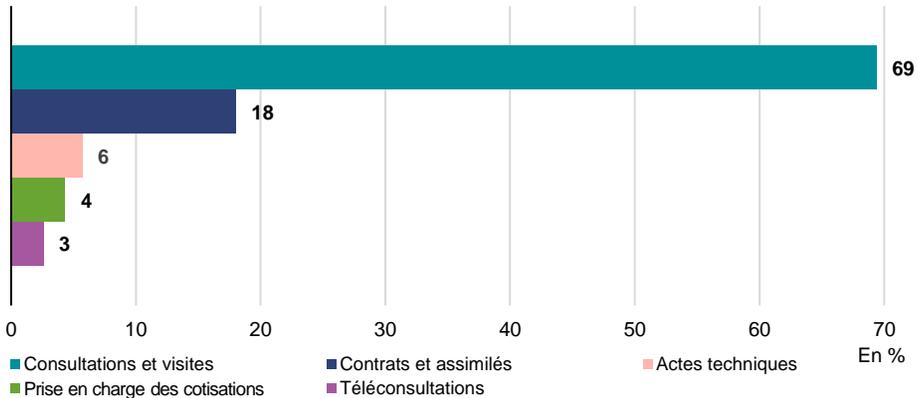
En 2023, la structure de la consommation de soins courants dispensés par les médecins généralistes est globalement stable. Les honoraires versés au titre de la consultation (hors téléconsultation) et des visites constituent toujours la plus grande part de la consommation de soins (69 % en 2023) (*graphique 3*). Viennent ensuite les contrats et forfaits (18 %), les actes techniques (6 %), les prises en charge de cotisations (4 %) et les téléconsultations (3 %).

La proportion des consultations et des visites recule ces dernières années au profit des contrats. Au cours des dix dernières années, cette part a reculé, tandis que celle des contrats et forfaits a progressé de 16 points depuis 2013.

La croissance des soins courants des médecins généralistes en 2023 est soutenue par les contrats et forfaits, devenant ainsi les premiers contributeurs (+1,6 point). Ils ont augmenté de 10 % par rapport à 2022, principalement grâce à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). La ROSP s'élève à 589 millions d'euros en 2023, contre 505 millions d'euros en 2022, soit une hausse de 17 %. Le FPMT représente une enveloppe à hauteur de 948 millions d'euros en 2023, versés aux médecins généralistes (contre 889 millions en 2022) [*tableau 2*].

La part des actes techniques est également légèrement en hausse (+0,3 point de pourcentage entre 2022 et 2023). Parmi les principaux actes techniques réalisés par les médecins généralistes figurent les échographies, les anesthésies ou encore les actes de chirurgie.

Graphique 3 Structure de la dépense de soins courants des médecins généralistes en 2023



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Montants des contrats et assimilés des médecins généralistes

	En millions d'euros		
	2021	2022	2023
Contrats et assimilés	1 670	1 762	1 935
Forfait patientèle médecin traitant (FPMT)	879	889	948
Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)	493	505	589
Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	28	37	34
Autres contrats et rémunérations assimilés	270	331	363

Note > Les autres contrats incluent notamment les services d'accès aux soins, les incitations à l'installation en zone sous-dotée, l'aide à l'embauche d'assistants médicaux et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, les effectifs des médecins généralistes poursuivent leur recul

Au 1^{er} janvier 2023, 80 900 médecins généralistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) exercent en France.

Les effectifs de médecins généralistes continuent de diminuer légèrement (-0,1 % en 2023, après -0,7 % en 2022), poursuivant ainsi le recul de ces dernières années (-3,7 % entre 2013 et 2023) [tableau 3]. Ce recul tendanciel des effectifs, pèse sur le niveau d'activité qui a peu évolué en volume depuis 2010 (graphique 1).

La baisse des effectifs se concentre dans le secteur exclusivement libéral, qui demeure le mode d'activité dominant des généralistes en dehors de l'hôpital

(70,1 %). Entre 2022 et 2023, le nombre de médecins exclusivement libéraux baisse de 0,5 %, après -0,9 % entre 2021 et 2022. Les départs de ces médecins généralistes, notamment à la retraite, ne sont pas compensés par l'arrivée de nouveaux médecins.

En revanche, les effectifs des salariés hors hospitaliers (principalement des médecins exerçant en établissement médico-social, en centre de santé, ou dans le domaine de la prévention) connaissent une légère croissance entre 2022 et 2023 (+0,4 %, après -1,0 % l'année précédente) et sont stables depuis une dizaine d'années. Par ailleurs, le nombre de médecins généralistes exerçant en mode mixte continue de progresser (+1,5 % entre 2021 et 2022, après +0,9 %).

Tableau 3 Effectifs de médecins généralistes, hors salariés hospitaliers exclusifs, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 22/23 (en %)	Structure 2023 (en %)
Ensemble	84 000	82 200	82 200	81 600	81 000	80 900	-0,1	100,0
Libéraux exclusifs	63 100	58 700	58 500	57 500	57 000	56 700	-0,5	70,1
Mixtes	5 600	8 000	8 100	8 400	8 400	8 600	1,5	10,6
Salariés hors hospitaliers	15 300	15 500	15 500	15 700	15 500	15 600	0,4	19,3

Note > Ne sont comptabilisés ici que les médecins en exercice libéral exclusif ou mixte (libéral et salarié). Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 3.

Lecture > Au 1^{er} janvier 2023, 80 900 médecins généralistes exercent en France, dont 56 700 médecins libéraux exclusifs, 8 600 médecins mixtes et 15 600 médecins salariés hors hospitaliers.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, RPPS 2013-2023.

Une croissance portée par la médecine générale

La croissance des soins courants des médecins généralistes est principalement portée par leur activité de médecine générale (+2,2 % en 2023). En revanche, les dépenses associées à la médecine à expertise particulière diminuent de 7,4 %. Elles s'élèvent à 485 millions d'euros pour les médecins à expertise particulière exclusive, contre 199 millions d'euros pour ceux ayant un mode d'expertise non exclusif (tableau 4).

Les médecins à expertise particulière disposent de compétences spécifiques comme la médecine vasculaire, l'homéopathie, l'acupuncture, etc. La notion « d'exclusivité » signifie qu'ils se concentrent entièrement à leur expertise particulière et n'exercent pas ou plus de médecine générale classique. En revanche, les « non exclusifs » possèdent également une expertise particulière, mais leur pratique n'est pas exclusivement centrée sur celle-ci.

Les dépassements d'honoraires en légère hausse pour la première fois depuis plus de dix ans

Les dépassements d'honoraires sont en baisse continue depuis de nombreuses années, en lien avec la baisse du nombre de médecins en secteur 2. Les dépassements ne représentent, en 2023, qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (2,1 %), bien qu'ils aient fortement augmenté par rapport à 2022 (+8,3 %) [graphique 4]. Même s'ils ne peuvent pratiquer des dépassements qu'à titre exceptionnel (visite en urgence au domicile du patient, consultation en dehors des horaires d'ouverture du cabinet, etc.), les médecins généralistes du secteur 1 contribuent le plus à la croissance des dépassements d'honoraires observée entre 2022 et 2023.

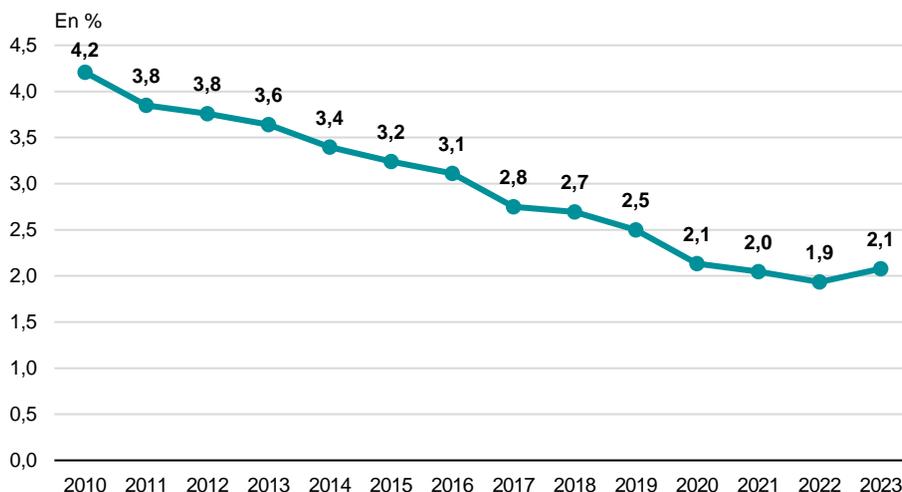
Tableau 4 Décomposition des soins courants par type de médecin généraliste

En millions d'euros

	2021	2022	2023
Médecine générale	9 403	9 835	10 055
Médecine à expertise particulière :			
<i>Exclusive</i>	789	740	685
<i>Non exclusive</i>	575	526	485
Total médecins généralistes	10 193	10 575	10 739

Note > Les médecins généralistes incluent ceux qui pratiquent la médecine générale exclusive ainsi que ceux ayant une expertise particulière. Les médecins à expertise particulière assurent des soins relevant d'une compétence complémentaire. Ils peuvent être exclusifs, c'est-à-dire qu'ils pratiquent uniquement cet exercice particulier, ou non exclusifs, c'est-à-dire qu'ils pratiquent celui-ci en complément de la médecine générale

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Part des dépassements dans les honoraires des médecins généralistes

Lecture > En 2023, les dépassements représentent 2,1 % des honoraires des médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

Depuis 2022, la part supportée par les ménages augmente

En 2023, la Sécurité sociale finance 79 % de la consommation de soins des médecins généralistes (tableau 5), l'État (aide médicale de l'État [AME], prise en charge des dépenses des anciens combattants) 0,3 %¹ et les organismes complémentaires 15,2 %. Les 5,5 % restants (soit 589 millions d'euros en 2023) sont payés directement par les ménages. Ce reste à charge augmente légèrement (+0,1 point des soins courants de généralistes), en lien avec la légère hausse de la part des dépassements dans les honoraires. Il demeure en retrait du niveau qu'il avait avant la crise sanitaire.

Mais sur dix ans, entre 2013 et 2023, la part financée par la Sécurité sociale a augmenté de 7,1 points, tandis que les parts financées par l'État, les organismes complémentaires et les ménages ont diminué d'environ 2 points (graphique 5). La hausse de la part des contrats et des rémunérations forfaitaires dans la rémunération des médecins généralistes contribue notamment à cette augmentation du financement par la Sécurité sociale.

En 2023, la progression des dépenses de soins courants des médecins généralistes est principalement prise en charge par les organismes complémentaires : leur part dans le financement des soins de médecins généralistes passant de 14,6 % à 15,2 %.

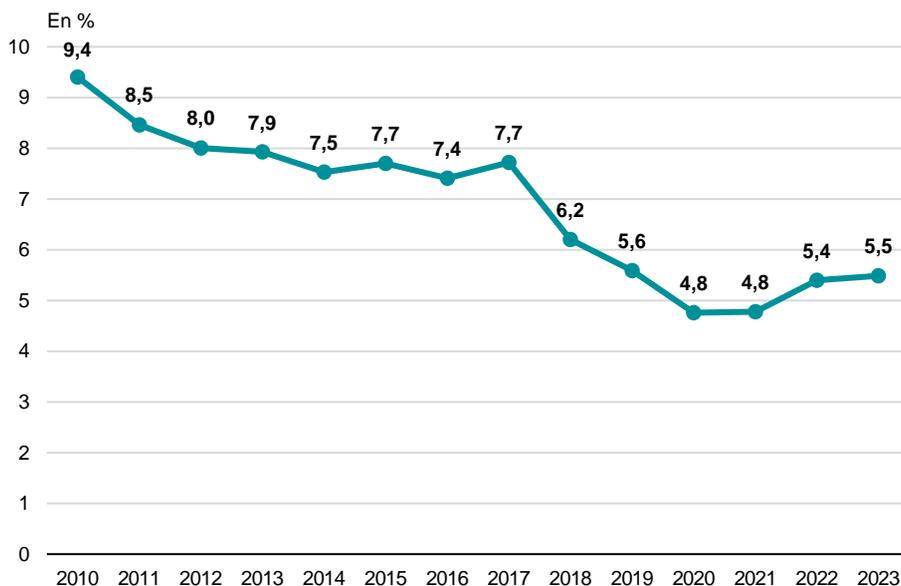
¹ En application de la loi de financement pour 2021, les dépenses du fonds C2S sont à présent intégrées à celles de la CNAM et ne sont plus financées par l'État

(annexe 2). La part prise en charge par l'Assurance maladie augmente en conséquence en 2021 au détriment de celle de l'État (qui passe de 3,0 % en 2020 à 0,3 % en 2021).

Tableau 5 Répartition des dépenses des médecins généralistes par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Structure (en %)
Sécurité sociale	8 484	79,0
État	34	0,3
Organismes complémentaires	1 631	15,2
Ménages	589	5,5
Ensemble	10 739	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Évolution de la part du reste à charge des ménages (RAC) entre 2010 et 2023

Lecture > En 2023, le reste à charge (RAC) des ménages, correspondant à la part directement financée par les ménages, représente 5,5 % du total des soins courants de médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Davin-Casalena, B., 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.
- > **Bergeat, M., Kamionka, J.** (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.

La consommation de soins courants fournis par les médecins spécialistes en ville, hors médecins généralistes, s'élève à 14,9 milliards d'euros en 2023. Depuis le rebond de l'activité en 2021, à la suite de la crise sanitaire, les dépenses de soins de médecins spécialistes sont particulièrement dynamiques : elles augmentent de 6,6 % en 2023, après +4,4 % en 2022. Les médecins spécialisés dans l'imagerie médicale contribuent à environ un quart de cette croissance. La part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes, après avoir été stable durant près de dix ans, augmente depuis 2020. En 2023, elle est tirée notamment par l'ophtalmologie et l'imagerie médicale. En 2023, la part des dépenses supportées par les ménages augmente de 0,6 point, pour s'établir à 11,1 % tandis que celle financée par la Sécurité sociale recule de 1 point, à 69,3 %.

La consommation de soins courants de médecins spécialistes augmente fortement en 2023

La consommation de soins courants de médecins spécialistes, hors médecins généralistes, en ville (en cabinets libéraux, centres de santé ou dispensaires) s'élève à 14,9 milliards d'euros en 2023, soit 5,9 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Après un très fort rebond en 2021 (+8,2 %) et une croissance plus modérée en 2022 (+4,4 %), celle-ci augmente de nouveau fortement en 2023 (+6,6 %) [tableau 1].

En dix ans, les dépenses de soins courants de médecins spécialistes ont augmenté trois fois plus vite que les dépenses de soins courants de médecins généralistes (+38 % contre +13 %).

En 2023, l'augmentation des soins courants de médecins spécialistes s'explique aux trois quarts par un effet volume et pour un quart par un effet prix. Alors que le volume de soins courants des médecins spécialistes avait fortement ralenti en 2022 (+2,6 % après +11,2% en 2022), celui-ci réaccélère à +4,9 % en 2023 (graphique 1).

En 2023, le prix des soins courants de médecins spécialistes augmente de 1,6 %, soit plus faiblement qu'en 2022 (+1,8 %). En 2021, avec la fin du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité¹ (DIPA), les prix des soins courants avaient nettement baissé (-2,7 %).

Tableau 1 Consommation de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
En millions d'euros						
Soins courants	10 737	12 527	12 331	13 345	13 929	14 854
Honoraires ¹	10 040	11 700	11 024	12 441	12 921	13 964
Contrats et assimilés ²	16	107	596	208	237	245
Prise en charge des cotisations	682	721	710	695	772	646
Évolution (en %)	1,4	3,1	-1,6	8,2	4,4	6,6
Dont volume (en %)	1,3	2,1	-5,8	11,2	2,6	4,9
Dont prix (en %)	0,1	1,0	4,5	-2,7	1,8	1,6

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

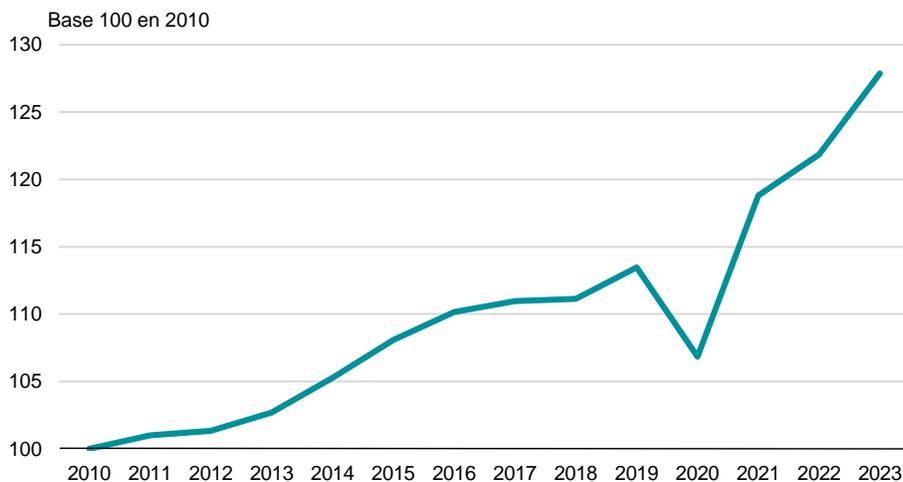
Lecture > En 2023, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville, hors médecins généralistes, s'élève à 14 854 millions d'euros, dont 646 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 6,6 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 4,9 % du volume de soins et d'une hausse de 1,6 % du prix.

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

¹ 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.

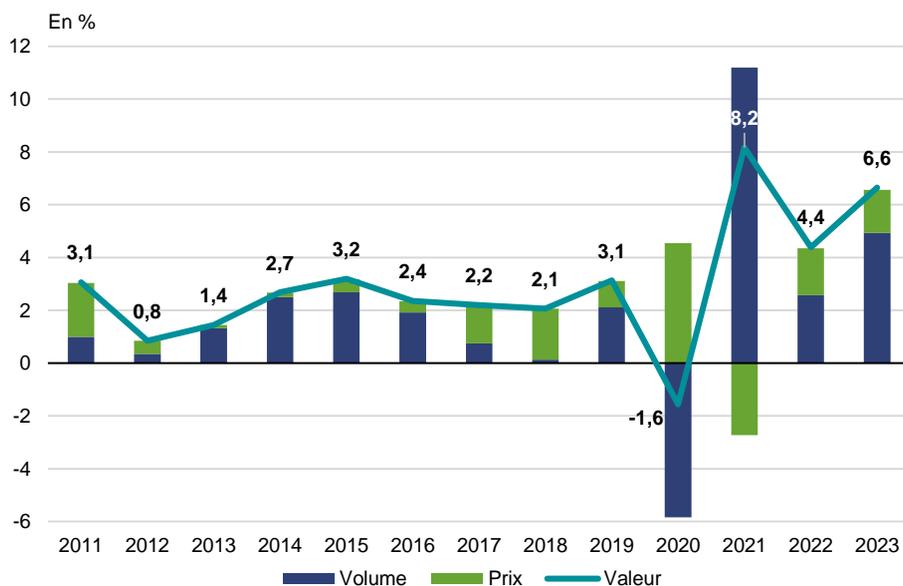
Graphique 1 Les soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en volume



Lecture > En 2023, le volume de soins de médecins spécialistes s'élève à 128 en comparaison de l'année de référence 2010 dont le niveau est fixé à 100. Autrement dit, en 2023, le volume de soins est donc supérieur de 28 % au niveau de 2010.

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

Graphique 2 Partage volume-prix de l'évolution de la consommation des soins de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)



Lecture > La valeur des soins de médecins spécialistes augmente de 6,6 % en 2023. Cette hausse se décompose en une hausse de 1,6 % du prix des soins et une hausse de 4,9 % du volume de soins.

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

En 2023, les actes techniques constituent la majorité des soins dispensés par les médecins spécialistes

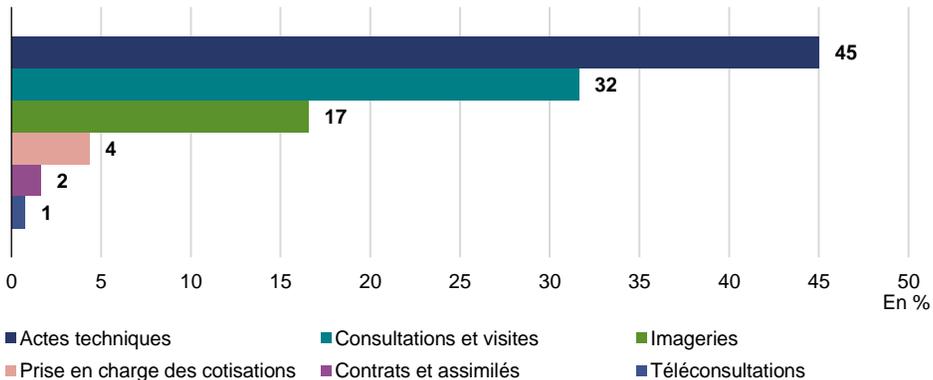
Les actes techniques représentent le premier poste des dépenses des médecins spécialistes (hors médecins généralistes), atteignant 45 % du total en 2023, contre 33 % pour les consultations, visites et téléconsultations. La proportion des actes techniques augmente de 0,7 point de pourcentage en 2023, tandis que celle des consultations n'augmente que de 0,2 point. La part des actes d'imagerie, qui représentent 17 % des dépenses, est également en hausse de 0,5 point par rapport à 2022. Le reste des dépenses est constitué de la prise en charge des cotisations à 4 % et de rémunérations complémentaires des médecins liées à de contrats et assimilés (2 %) [graphique 3].

Même si elle reste limitée, la part des contrats et assimilés croît régulièrement depuis dix ans.

Ces rémunérations complémentaires recouvrent des dispositifs variés visant à améliorer la qualité des soins, à élargir l'offre ou encore à améliorer le parcours de santé des patients, par exemple *via* des aides à l'embauche d'assistants médicaux ou *via* des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

En 2023, les contrats et assimilés augmentent de 3,5 %, principalement en raison du dynamisme de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) qui s'élève à 120 millions d'euros, enregistrant une hausse de 4,2 %. Les dépenses allouées aux communautés professionnelles territoriales (CPTS) s'élèvent à 28 millions d'euros en 2023, en hausse de 11,3 %. Enfin, les forfaits patientèle médecin traitant (FPMT) versés à des médecins spécialistes ayant la fonction de médecin traitant atteignent 32 millions d'euros en 2023.

Graphique 3 Structure de la dépense de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2023



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Montants des contrats et assimilés des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

	En millions d'euros		
	2021	2022	2023
Contrats et assimilés	208	237	245
Forfait patientèle médecin traitant (FPMT)	30	30	32
Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)	106	115	120
Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	18	26	28
Autres contrats et rémunérations assimilés	53	66	65

Note > Les autres contrats incluent notamment les services d'accès aux soins, les incitations à l'installation en zone sous-dotée, l'aide à l'embauche d'assistants médicaux et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Source > DREES, comptes de la santé.

Les spécialités de « médecine » et de « plateaux techniques » représentent les deux tiers des soins de spécialistes

Dans cette édition des comptes de la santé, le montant des soins de médecins spécialistes (hors médecine générale) est décomposé par familles de spécialités. On distingue les spécialités de « chirurgie », les spécialités de « médecine » (dont les praticiens ne pratiquent pas d'interventions chirurgicales), les spécialités « mixtes » (qui peuvent combiner une pratique médicale et chirurgicale) et les spécialités « de plateaux techniques » (en cas d'utilisation d'équipements, installations et dispositifs médicaux pour le diagnostic et le traitement des patients). L'essentiel des soins de spécialistes en ville est réalisé par les spécialités médicales, mixtes et de plateaux techniques.

La famille des spécialités « de médecine » recouvre des spécialités variées, telles que la cardiologie, la psychiatrie ou encore la rhumatologie, et constitue la première composante des soins de spécialistes (34 % en 2023) [graphique 4].

Viennent ensuite les spécialités de « plateaux techniques » (32 % du total) qui incluent l'imagerie médicale, la radiothérapie ainsi que l'anatomocytopathologie¹.

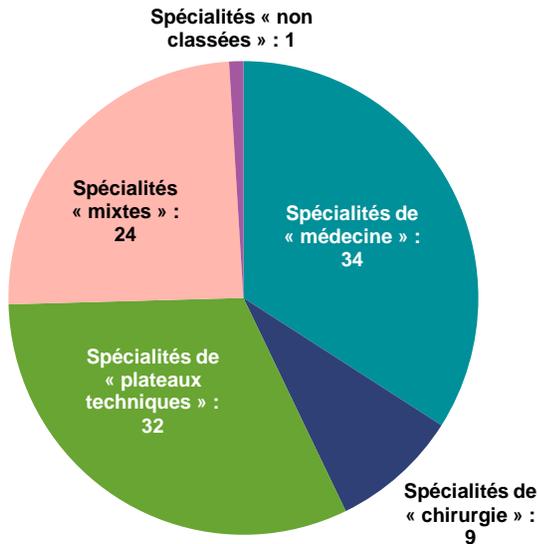
Les spécialités « mixtes », regroupant l'ophtalmologie, la gynécologie et l'obstétrique ainsi que l'oto-rhino-laryngologie (ORL), constituent le troisième bloc, avec 24 % des soins.

Les spécialités de « chirurgie » telles que la chirurgie orthopédique et traumatologie ou la chirurgie urologique sont moins représentées en ville (9 % des soins de spécialistes). L'essentiel de l'activité est en effet réalisé au sein d'hôpitaux publics (y compris établissements à but non lucratif) ou de cliniques privées.

Les spécialités « non classées ailleurs » rassemblent la médecine légale et expertises médicales, la médecine de santé publique et la médecine sociale, et comptent pour 1 % des soins de spécialistes.

Graphique 4 Répartition par famille de spécialités des dépenses de soins courants de médecins spécialistes en ville en 2023 (hors médecins généralistes)

Parts en %



Lecture > En 2023, les spécialités « de médecine » représentent 34 % des dépenses de soins courants de médecins spécialistes, hors généralistes et hors salariés hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Spécialité dédiée à l'examen des organes, tissus ou cellules, afin de détecter et d'analyser les anomalies associées à des maladies.

L'imagerie médicale : principal moteur de la croissance des soins de médecins spécialistes

Au sein de la famille des spécialités de « médecine », les soins de cardiologie et de médecine vasculaire (1 490 millions d'euros) augmentent de 9,7 % et soutiennent le dynamisme des soins de médecins spécialistes. À l'inverse, la neuropsychiatrie et psychiatrie (842 millions d'euros, +6,4 %), la dermatovénérologie (541 millions d'euros, +5,6 %) et la pédiatrie (464 millions d'euros, +3,4 %) augmentent à un rythme moins soutenu. Les dépenses des spécialités de « chirurgie » augmentent, quant à elles, de 8,1 %. La chirurgie orthopédique et traumatologique représente la plus grande part de ces dépenses, totalisant 466 millions d'euros en 2023.

En 2023, les soins courants de médecins spécialistes s'élèvent à 14,8 milliards d'euros, en hausse de 6,6 % (tableau 3). Leur croissance est surtout portée par l'imagerie médicale (famille des plateaux techniques).

Les soins d'ophtalmologie représentent la principale spécialité parmi la famille des spécialités « mixtes ». En 2023, ils atteignent 2 135 millions d'euros, marquant une progression de 8,2 % par rapport à 2022.

Ces montants révèlent une concentration marquée des dépenses dans certaines spécialités. En effet, l'imagerie médicale, l'ophtalmologie, la cardiologie et la médecine vasculaire, ainsi que la neuropsychiatrie et psychiatrie représentent à elles seules près de la moitié des dépenses de soins de médecins spécialistes. En ajoutant la radiothérapie et la gynécologie-obstétrique, ces huit spécialités regroupent presque les deux tiers des soins totaux de médecins spécialistes.

Tableau 3 Décomposition par spécialités des montants des soins courants des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

En millions d'euros

	Niveaux			Taux d'évolution (en %) en 2023	Structure (en %) en 2023
	2021	2022	2023		
Spécialités de « médecine »	4 508	4 733	5 056	6,8	34,0
Cardiologie et médecine vasculaire	1 273	1 359	1 490	9,7	10,0
Neuropsychiatrie et psychiatrie	758	791	842	6,4	5,7
Dermato-vénérologie	504	512	541	5,6	3,6
Pédiatrie	419	449	464	3,4	3,1
Anesthésie et réanimation	272	291	306	4,9	2,1
Pneumologie	266	275	296	7,5	2,0
Rhumatologie	280	284	287	1,2	1,9
Gastro-entérologie et hépatologie	226	233	240	3,0	1,6
Neurologie	213	222	238	7,4	1,6
Endocrinologie et métabolisme	122	130	139	7,2	0,9
Autres spécialités de « médecine » ¹	85	94	111	18,2	0,7
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	62	64	69	8,0	0,5
Oncologie et hématologie	29	31	34	9,9	0,2
Spécialités de « chirurgie »	1 129	1 208	1 306	8,1	8,8
Chirurgie orthopédique et traumatologie	388	429	466	8,6	3,1
Chirurgie urologique	188	208	232	11,6	1,6
Autres spécialités de « chirurgie » ²	176	191	212	11,0	1,4
Chirurgie orale, maxillo-faciale et stomatologie	198	194	201	3,8	1,4
Chirurgie générale	108	110	110	0,4	0,7
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	71	76	84	10,0	0,6
Spécialités de « plateaux techniques »	4 280	4 435	4 715	6,3	31,7
Imagerie médicale	3 033	3 131	3 365	7,5	22,7
Radiothérapie	992	1 050	1 105	5,2	7,4
Anatomocytopathologie	256	255	245	-3,8	1,7
Spécialités « mixtes »	3 301	3 419	3 633	6,3	24,5
Ophtalmologie	1 871	1 974	2 135	8,2	14,4
Gynécologie et obstétrique	969	964	988	2,5	6,7
Otorhinolaryngologie (ORL)	461	481	510	6,0	3,4
Spécialités « non classées ailleurs »³	127	134	145	8,5	1,0
Total médecins spécialistes (hors médecins généralistes)	13 345	13 929	14 854	6,6	100,0

1. Les autres spécialités de « médecine » contiennent la médecine génétique, la médecine interne, la néphrologie, la gériatrie, la médecine des maladies infectieuses et tropicales, la médecine d'urgence et l'allergologie.

2. Les autres spécialités de « chirurgie » contiennent la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique et la chirurgie viscérale et digestive.

3. Les spécialités « non classées ailleurs » contiennent la médecine légale et les expertises médicales, la santé publique et la médecine sociale ainsi que les soins des médecins dont la spécialité n'est pas identifiée dans les données.

Lecture > En 2023, les dépenses de soins courants de médecins spécialistes associées à l'ophtalmologie s'élèvent à 2 135 millions d'euros, représentant une part de 14,4 % du total des soins de médecins spécialistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

Une progression des effectifs principalement soutenue par les spécialités de « médecine » en 2023

Au cours des dix dernières années, les effectifs des médecins spécialistes, hors médecins généralistes et hors salariés hospitaliers exclusifs, ont crû régulièrement (+0,7 % en moyenne annuelle). Après une nette progression entre début 2019 et début 2020 (+2 %), la croissance des effectifs s'est stabilisée autour de 0,5 % au cours des deux années suivantes. Entre janvier 2022 et janvier 2023, les effectifs des médecins spécialistes affichent de nouveau une hausse plus marquée de 1,7 %.

Les spécialités de « médecine » (51,7 % du total au 1^{er} janvier 2023), en hausse de 2,5 %, sont ceux qui

ont le plus contribué à la croissance des effectifs au 1^{er} janvier 2023. Les effectifs des spécialités de « chirurgie » conservent leur dynamisme (+2,1 % par rapport à 2022). Les médecins de spécialités de « plateaux techniques » augmentent de 1,9 % entre début 2022 et début 2023.

Les effectifs de la famille des spécialités « mixtes » sont stables (0,0 %) : la baisse des effectifs en gynécologie-obstétrique (-1,0 %) est compensée par l'augmentation du nombre d'ophtalmologues (+1,1 %), les effectifs en otorhinolaryngologie (ORL) étant par ailleurs stables (*tableau 4*).

Enfin, les effectifs des spécialités « non classées ailleurs » (6,8 % du total au 1^{er} janvier 2023) reculent de 1,2 % en 2023.

Tableau 4 Effectifs de médecins spécialistes (hors généralistes et hors salariés hospitaliers exclusifs) par famille de spécialités, au 1^{er} janvier

	2021	2022	2023	Taux d'évolution (en %) 2023	Structure (en %)
Spécialités de « médecine »	37 170	37 580	38 500	2,5	51,7
Cardiologie et médecine vasculaire	5 860	6 070	6 370	4,9	8,6
Neuropsychiatrie et psychiatrie	7 900	7 860	7 990	1,6	10,7
Dermato-vénéréologie	3 130	3 060	3 050	-0,3	4,1
Pédiatrie	3 980	3 970	4 010	1,0	5,4
Anesthésie et réanimation	5 230	5 380	5 530	2,8	7,4
Pneumologie	1 440	1 440	1 460	2,0	2,0
Rhumatologie	1 750	1 730	1 690	-1,9	2,3
Gastro-entérologie et hépatologie	2 300	2 270	2 250	-1,0	3,0
Neurologie	1 110	1 150	1 210	4,9	1,6
Endocrinologie et métabolisme	990	1 000	1 020	2,0	1,4
Autres spécialités de « médecine » ¹	2 220	2 370	2 570	8,4	3,4
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	800	810	840	3,7	1,1
Oncologie et hématologie	450	480	520	7,9	0,7
Spécialités de « chirurgie »	8 900	9 010	9 200	2,1	12,3
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2 810	2 870	2 950	3,0	4,0
Chirurgie urologique	1 140	1 170	1 230	5,6	1,7
Autres spécialités de « chirurgie » ²	2 010	2 070	2 140	3,2	2,9
Chirurgie orale, maxillo-faciale et stomatologie	880	860	860	0,4	1,2
Chirurgie générale	1 350	1 330	1 260	-5,2	1,7
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	720	730	770	5,1	1,0
Spécialités de « plateaux techniques »	8 830	8 900	9 070	1,9	12,2
Imagerie médicale	7 440	7 510	7 670	2,1	10,3
Radiothérapie	570	600	620	4,0	0,8
Anatomocytopathologie	810	790	780	-2,1	1,0
Spécialités « mixtes »	12 870	12 650	12 650	0,0	17,0
Ophtalmologie	5 270	5 200	5 260	1,1	7,1
Gynécologie et obstétrique	5 300	5 190	5 140	-1,0	6,9
Otorhinolaryngologie (ORL)	2 290	2 260	2 260	0,0	3,0
Spécialités « non classées ailleurs »³	5 200	5 140	5 080	-1,2	6,8
Total médecins spécialistes (hors médecins généralistes, biologistes et professionnels de la recherche médicale)	72 960	73 280	74 500	1,7	100,0

1. Les autres spécialités de « médecine » contiennent la médecine génétique, la médecine interne, la néphrologie, la gériatrie, la médecine des maladies infectieuses et tropicales, la médecine d'urgence et l'allergologie.

2. Les autres spécialités de « chirurgie » contiennent la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique et la chirurgie viscérale et digestive.

3. Les spécialités « non classées ailleurs » contiennent la médecine légale et les expertises médicales, la santé publique, la médecine du travail et la médecine sociale.

Note > Ne sont comptabilisés ici que les médecins en exercice libéral exclusif ou mixte (libéral et salarié). Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 3.

Lecture > Au 1^{er} janvier 2023, 74 500 médecins spécialistes exercent en France, dont 38 500 médecins en spécialités de « médecine ».

Champ > France métropolitaine et DROM.

Sources > ANS ; calculs DREES ; DREES, RPPS 2013-2023.

En 2023, une accélération des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes portée par l'imagerie médicale

Les dépassements d'honoraires continuent de représenter une part importante des honoraires des médecins spécialistes, hors médecins généralistes (17,1 % en 2023) [graphique 5]. Après une quasi-stabilité de la part des dépassements dans le total des soins de spécialistes entre 2011 et 2020 (autour de 15,5 %), celle-ci est en nette hausse ces trois dernières années. Les dépassements augmentent en effet plus fortement que le reste des honoraires : +13,7 % en 2023, après +5,8 % en 2022 et +16,4 % en 2021.

En 2023, la part des dépassements d'honoraires pour la famille des spécialités de « médecine » représente 29 % du total des dépassements de médecins spécialistes, en recul de 0,2 point. Au sein de cette famille de spécialités, ce sont principalement les soins de cardiologie et de médecine vasculaire qui alimentent la croissance des dépassements d'honoraires, avec une augmentation d'environ 23 % (tableau 5).

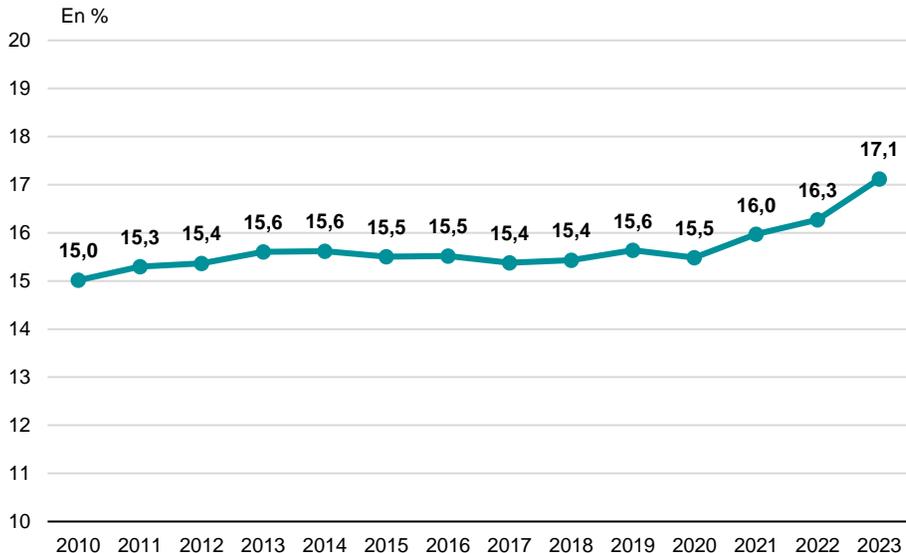
Les spécialités de « chirurgie » constituent une part moins importante des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes (14,3 % en 2023).

En 2023, alors que les spécialités de « plateaux techniques » représentent 31,7 % des dépenses de soins courants des médecins spécialistes, elles représentent 18,6 % des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes. Ces dépassements représentent environ 10 % des honoraires de ces spécialités.

En particulier, l'imagerie médicale, contribue significativement à la hausse des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes en 2023. Avec un montant de 422 millions d'euros, elle affiche une forte progression (+ 21,8 %) et se classe comme le premier contributeur à la croissance des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes.

Les spécialités « mixtes » contribuent également à l'augmentation des dépassements d'honoraires des soins de médecins spécialistes. Ces dernières enregistrent une hausse de 11,3 %, principalement tirée par les soins ophtalmologiques (519 millions d'euros en 2023).

Graphique 5 Part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes)



Lecture > En 2023, les dépassements représentent 17,1 % des honoraires des spécialistes, hors médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 Dépassesments d'honoraires des médecins spécialistes en ville (hors généralistes) par famille de spécialités en 2023

En millions d'euros

	Niveaux (en millions d'euros)	Structure (en %)	Taux de croissance 2023 (en %)	Part des dé- passesments dans les honoraires (en %)
Spécialités de « médecine »	693	29,0	12,8	14,8
Neuropsychiatrie et psychiatrie	174	7,3	11,2	22,0
Dermato-vénérologie	108	4,5	12,5	21,4
Cardiologie et médecine vasculaire	96	4,0	22,9	6,9
Pédiatrie	84	3,5	6,0	20,0
Anesthésie et réanimation	59	2,5	16,0	20,9
Rhumatologie	55	2,3	9,0	20,4
Gastro-entérologie et hépatologie	27	1,1	10,3	12,3
Endocrinologie et métabolisme	26	1,1	9,4	20,3
Neurologie	18	0,8	17,5	8,2
Pneumologie	15	0,6	19,7	5,5
Autres spécialités de « médecine » ¹	13	0,5	18,7	13,3
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	12	0,5	12,2	19,0
Oncologie et hématologie	5	0,2	12,1	14,7
Spécialités de « chirurgie »	343	14,3	10,1	27,9
Chirurgie orthopédique et traumatologie	122	5,1	12,1	27,9
Chirurgie orale, maxillo-faciale et stomatologie	76	3,2	2,1	39,9
Chirurgie urologique	58	2,4	14,9	26,8
Autres spécialités de « chirurgie » ²	57	2,4	15,1	28,7
Chirurgie générale	22	0,9	4,5	21,6
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	6	0,3	10,9	7,9
Spécialités de « plateaux techniques »	444	18,6	20,8	9,9
Imagerie médicale	422	17,7	21,8	13,2
Anatomocytopathologie	11	0,5	2,6	4,6
Radiothérapie	10	0,4	6,7	1,0
Spécialités « mixtes »	891	37,3	11,3	26,0
Ophthalmologie	519	21,7	13,9	25,7
Gynécologie et obstétrique	273	11,4	7,3	29,4
Otorhinolaryngologie (ORL)	99	4,1	9,9	20,7
Spécialités « non classées »³	20	0,8	ns	15,5
Total médecins spécialistes (hors médecins généralistes)	2 391	100,0	13,7	17,1

ns : non significatif.

1. Les autres spécialités de « médecine » contiennent la médecine génétique, la médecine interne, la néphrologie, la gériatrie, la médecine des maladies infectieuses et tropicales, la médecine d'urgence et l'allergologie.

2. Les autres spécialités de « chirurgie » contiennent la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique et la chirurgie viscérale et digestive.

3. Les spécialités « non classées » contiennent la médecine légale et expertises médicales, santé publique et la médecine sociale ainsi que les soins des médecins dont la spécialité n'est pas identifiée dans les données.

Note > La part des dépassements rapporte le total des dépassements facturés à l'ensemble des honoraires facturés par les médecins. Elle combine à la fois le taux moyen de dépassements tarifaires sur chaque acte, mais également la part des médecins habilités à pratiquer des dépassements d'honoraire ainsi que la part des actes sujets à dépassements. Cette part n'est donc pas directement comparable à un taux de dépassements des médecins en secteur 2.

Lecture > En 2023, le montant des dépassements d'honoraires attribué à l'ophtalmologie s'élève à 519 millions d'euros, représentant une part de 21,7 % du total des dépassements des médecins spécialistes, hors médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

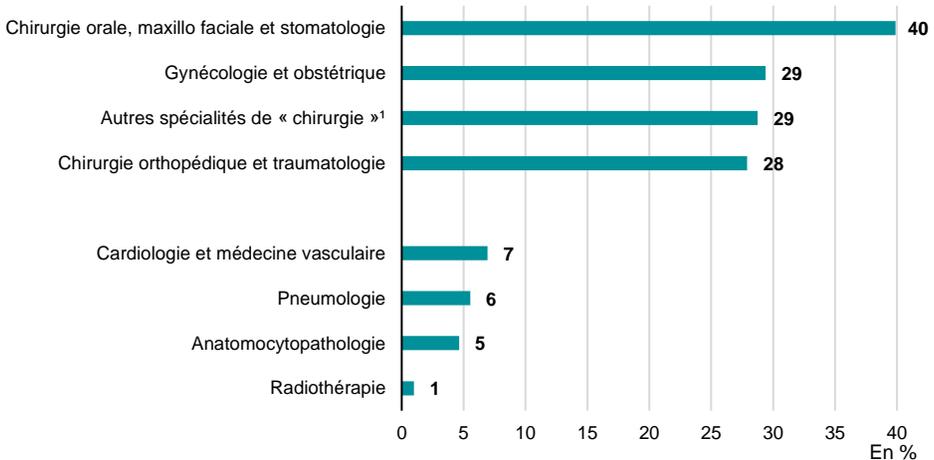
Des parts de dépassements dans les honoraires très hétérogènes selon la spécialité

Au sein des spécialités chirurgicales, la chirurgie orale, maxillo-faciale et stomatologique est la spécialité qui enregistre la part de dépassements dans les honoraires la plus élevée (40 %).

Juste derrière, on trouve la gynécologie-obstétrique ou la chirurgie orthopédique et traumatologique, avec près de 30 % de dépassements dans le total des honoraires en 2023.

À l'opposé, les dépassements sont quasi inexistantes en radiothérapie, avec 1 % du total des honoraires (graphique 6).

Graphique 6 Spécialités médicales en ville aux parts de dépassements d'honoraires les plus basses et les plus élevées dans le total des soins, en 2023



1. Les autres spécialités de « chirurgie » contiennent la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique et la chirurgie viscérale et digestive.

Lecture > En 2023, la part des dépassements des médecins spécialistes en radiothérapie au sein de leurs honoraires s'élève à 1 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Une poursuite de la hausse du taux du reste à charge des ménages en 2023

En 2023, la consommation de soins de médecins spécialistes (hors généralistes), en ville, est couverte à hauteur de 69,3 % par la Sécurité sociale, 0,2 % par l'État, et 19,3 % par les organismes complémentaires (tableau 6).

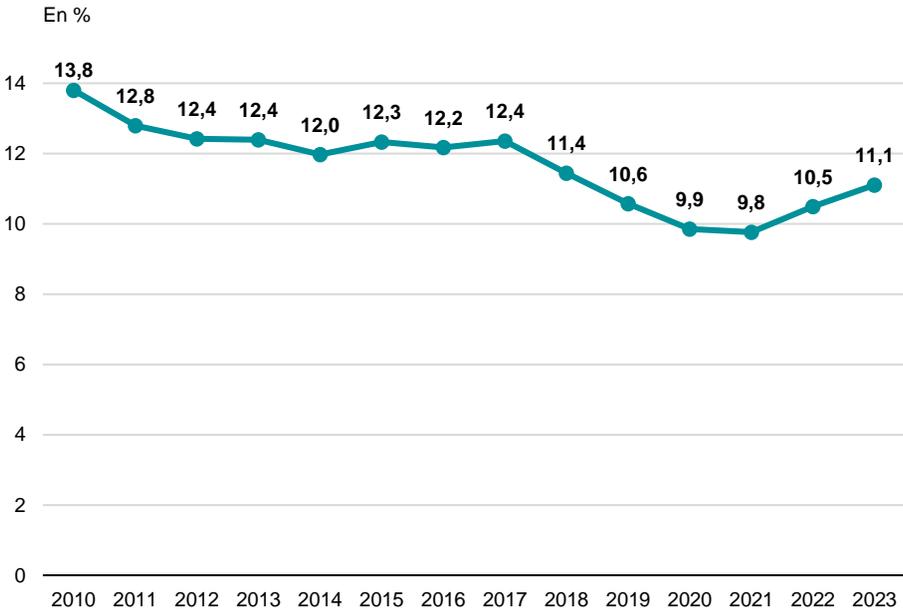
Les ménages financent 11,1 % de ces soins, une part en hausse depuis le point bas atteint en 2021 (graphique 7).

Sur les dix dernières années, les dépenses de soins de médecins spécialistes financées par les ménages ont progressé en moyenne de 2,2 % par an en dix ans, contre 3,8 % pour la Sécurité sociale et 2,5 % pour les organismes complémentaires. ■

Tableau 6 Répartition des dépenses de soins de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité Sociale	10 301	69,3
État	32	0,2
Organismes complémentaires	2 873	19,3
Ménages	1 649	11,1
Ensemble	14 854	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 7 Taux de reste à charge des ménages pour les soins de spécialistes en ville (hors médecins généralistes)

Lecture > En 2023, le reste à charge des ménages, correspondant à la part directement financée par les ménages, représente 11,1 % du total des soins courants de médecins spécialistes en ville.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> **Assurance maladie** (2024, avril). [Zoom sur les professions libérales](#).

> **Anguis, M., et al.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.

Les dépenses de soins courants de sages-femmes exerçant en ville atteignent 586 millions d'euros en 2023. Elles augmentent très rapidement, avec une moyenne de 9,7 % par an au cours des dix dernières années.

Cette tendance est soutenue par la croissance des effectifs libéraux exclusifs, qui augmentent de 7,2 % par an en moyenne. Cette dynamique est liée au virage ambulatoire, c'est-à-dire au transfert en ville de la prise en charge post-accouchement, et à l'extension du champ de compétences des sages-femmes.

En 2023, le montant financé par la Sécurité sociale s'élève à 517 millions d'euros.

Une croissance stimulée par l'augmentation des volumes et des prix

En 2023, la consommation de soins courants de sages-femmes exerçant en ville s'élève à 586 millions d'euros (tableau 1), soit 0,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les soins de sages-femmes sont dynamiques en 2023 (+7,8 % en valeur) et accélèrent légèrement par rapport à 2022 (+7,0 %) [tableau 1].

Depuis 2013, les soins de sages-femmes sont la dépense de soins de ville qui augmente le plus rapidement, en moyenne de 9,7 % par an. La hausse des soins de sages-femmes, dans un contexte de baisse des naissances de 1,8 % par an (de 810 000 en 2013 à 680 000 en 2023), s'explique par le virage ambulatoire des soins des maternités, notamment pour le suivi médical post-accouchement. La durée des séjours en maternité en France a connu une réduction progressive ces dernières années, notamment via le programme de retour à domicile organisé (PRADO) qui a instauré en 2013 deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance.

Les sages-femmes ont également vu leur champ de compétences s'élargir ces dernières années (encadré 1). La convention nationale des sages-femmes avec l'Assurance maladie, renégociée en mars 2022, crée deux nouveaux actes de télésanté pour les sages-femmes : les consultations à distance et les actes de télé-expertise.

Au cours des dernières années, la croissance des dépenses de soins courants des sages-femmes a été principalement soutenue par la hausse des volumes et, dans une moindre mesure, par celle des prix (graphique 1).

En 2023, la forte progression des dépenses se partage en proportions égales en un effet volume (+3,8 %) et un effet prix (+3,8 %). La convention nationale renégociée en 2023 revalorise les tarifs conventionnels, autorise le cumul de certains actes et élargit le champ des actes bénéficiant d'une majoration financière. Depuis le 12 novembre 2023, les femmes enceintes ont la possibilité de déclarer une sage-femme référente. Les sages-femmes peuvent ainsi informer, accompagner, prévenir et coordonner le parcours de la femme à la fois le long de sa grossesse et après l'accouchement. Ces mesures se reflètent dans le dynamisme des prix en 2023.

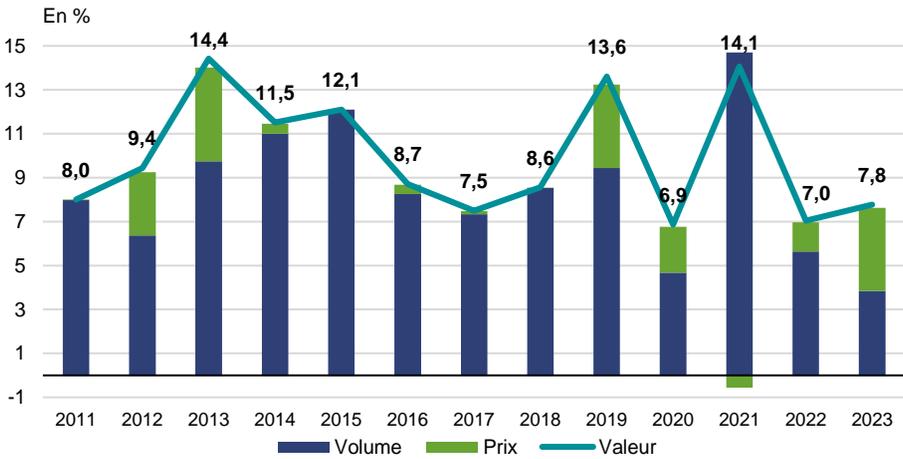
Tableau 1 Consommation de soins courants de sages-femmes en ville

	En millions d'euros					
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants	231	416	445	508	543	586
Honoraires ¹	220	392	415	476	512	554
Contrats et assimilés ²	0	7	12	10	12	11
Prise en charge des cotisations	11	17	18	19	17	17
IVG médicamenteuse en ville	0	0	0	2	3	4
Évolution (en %)	14,4	13,6	6,9	14,1	7,0	7,8
Dont volume (en %)	9,7	9,4	4,7	14,7	5,6	3,8
Dont prix (en %)	4,3	3,8	2,1	-0,6	1,3	3,8

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

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

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

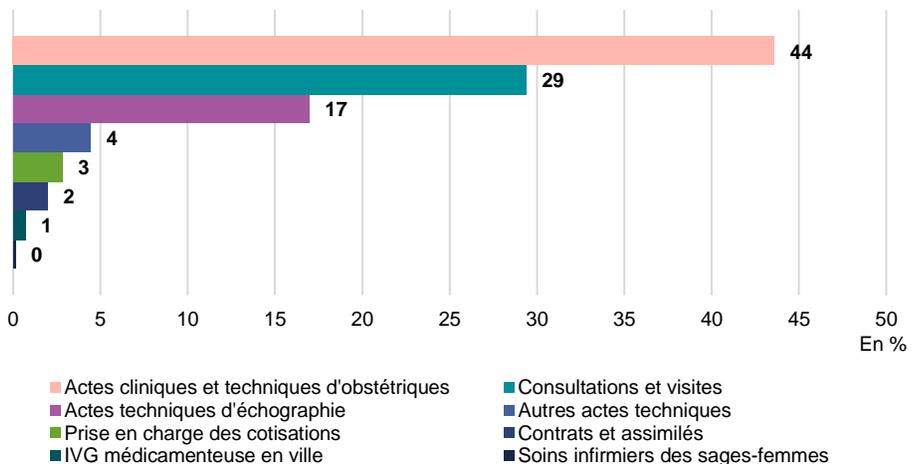
Lecture > La valeur des soins de sages-femmes augmente de 7,8 % en 2023. Cette hausse se décompose en une hausse de 3,8 % du prix des soins et une hausse de 3,9 % du volume de soins.

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

Les actes techniques d'obstétriques majoritaires en 2023

Les actes cliniques et techniques d'obstétrique constituent la première catégorie de soins, soit 44 % de la dépense de soins courants de sages-femmes (graphique 2). Les consultations et visites représen-

tent quant à elles 29 %, suivies par les actes techniques d'échographies à 17 % et les autres actes techniques (4 %). Le reste des dépenses, incluant les contrats et assimilés, la prise en charge des cotisations, les IVG médicamenteuses en ville et les soins infirmiers de sages-femmes, globalise une part de 6 % des dépenses.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins courants des sages-femmes en 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

La croissance des effectifs se concentre dans le secteur libéral exclusif en 2023

Au 1^{er} janvier 2023, on compte 10 600 sages-femmes exerçant une activité en ville, soit 3,4 % de plus qu'en 2022 (tableau 2). Le nombre de sages-femmes de ville a augmenté continuellement depuis

2013 (+6,5 % par an). Cette hausse est principalement portée par les libérales exclusives, dont les effectifs ont doublé depuis 2013 pour atteindre environ 60 % du total en 2023.

En revanche, les sages-femmes d'exercice mixte et celles qui sont salariées hors hôpital contribuent très peu à cette dynamique.

Au cours des dernières années, la hausse des soins courants dispensés par les sages-femmes s'est

concentrée essentiellement dans les cabinets libéraux (*graphique 3*). Les cabinets libéraux représentent 96 % des soins en 2023. La part des centres de santé, qui s'élevait à 3 % en 2013, s'élève à 4 % en 2023.

Tableau 2 Effectifs de sages-femmes, hors salariées hospitalières exclusives, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

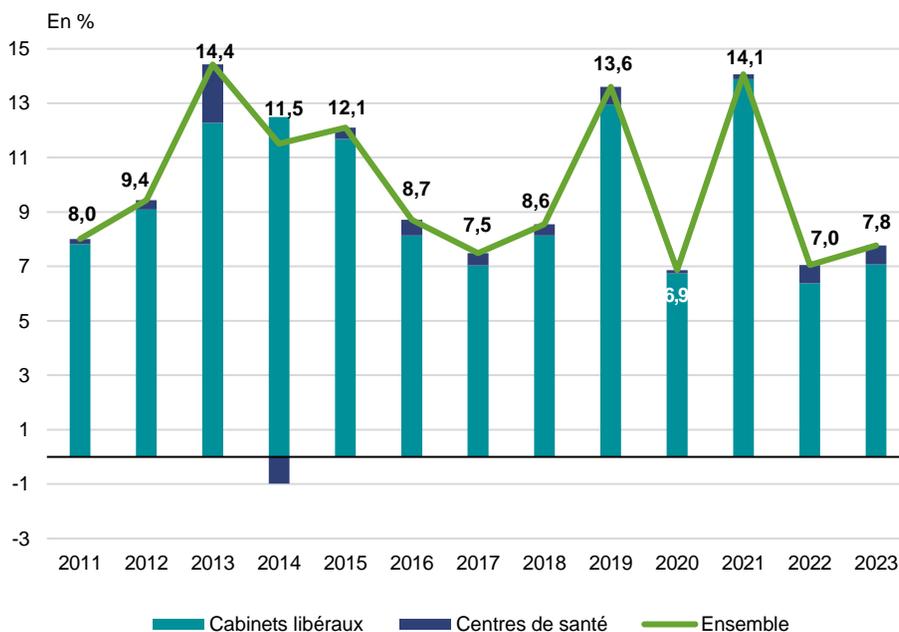
	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 22/23 (en %)	Structure 2023 (en %)
Ensemble	5 700	8 700	9 200	9 700	10 200	10 600	3,4	100,0
Libérales exclusives	3 100	4 900	5 200	5 500	5 900	6 200	5,1	58,8
Mixtes	1 300	2 300	2 400	2 500	2 400	2 500	1,8	23,4
Salariés hors hospitaliers	1 300	1 500	1 600	1 800	1 900	1 900	0,3	17,8

Note > Les effectifs de l'année n correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1^{er} janvier n . Ne sont comptées ici que les sages-femmes en exercice libéral exclusif ou mixte (libéral et salarié). Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 3.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > ASIP-Santé RPPS, calculs DREES, données au 1^{er} janvier de l'année.

Graphique 3 Évolution des soins courants de sages-femmes par lieu d'exécution



Source > DREES, comptes de la santé.

La Sécurité sociale reste le principal financeur des soins de sages-femmes

En 2023, la Sécurité sociale demeure de loin le principal financeur des soins de sages-femmes, à hauteur de 88,3 % de la consommation (*tableau 3*). Néanmoins, entre 2013 et 2023, la part financée par la Sécurité sociale a diminué de 6,5 points. 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 peuvent être soumises à ticket modérateur.

Le montant de celui-ci peut varier et être associé à des dépassements d'honoraires pour les sages-femmes de secteur 2 ou de secteur 3.

Le financement des organismes complémentaires et celui à la charge des ménages, s'élève à 65 millions d'euros en 2023, soit 11 % du total des soins de sages-femmes. ■

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de sages-femmes par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	517	88,3
État	4	0,7
Organismes complémentaires et ménages	65	11,0
Ensemble	586	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 Les compétences des sages-femmes

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies dont le champ d'intervention couvre les femmes et les nouveau-nés en bonne santé. Les sages-femmes peuvent assurer la surveillance et le suivi médical de la grossesse ainsi que le suivi post-natal pour la mère et le bébé. Ces consultations permettent d'effectuer un examen complet, incluant des actions telles que des actes d'échographies obstétricales, la pesée du bébé, etc. Elles couvrent également le suivi gynécologique préventif (examen, frottis, etc.) des femmes tout au long de leur vie. Les sages-femmes peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse depuis 2016 et par voie instrumentale depuis 2023. 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. Aussi, la durée des arrêts de travail qu'elles peuvent prescrire a été étendue au-delà de 15 jours. Enfin, les sages-femmes peuvent concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation et sont également habilitées à administrer des vaccins.

Pour en savoir plus

- > Assurance maladie (2024). [Avenant 7 – Sages-femmes.](#)
- > Assurance maladie (2022). [Data professionnels de santé libéraux – Sages-femmes.](#)
- > Assurance maladie (2022). [Sages-femmes libérales – Sages-femmes.](#)

En 2023, la consommation de soins courants infirmiers s'élève à 9,6 milliards d'euros. Alors que la croissance des soins infirmiers avait ralenti en 2022 (+1,5 % après +2,9% en 2021), l'année 2023 marque une reprise, avec une augmentation de 3,5 %. Cette dynamique est soutenue par les honoraires des soins courants infirmiers qui progressent de 4,5 % en 2023, après +1,6 % en 2022.

Les dépenses de soins infirmiers sont pris en charge à plus de 90 % par l'Assurance maladie. En 2023, le taux de reste à charge des ménages s'établit à 1,6 %, atteignant ainsi son niveau le plus bas depuis plusieurs années.

En 2023, les soins courants infirmiers sont portés par une reprise du volume de soins

En 2023, la consommation de soins courants infirmiers en ville (libéraux ou salariés en centre de santé) s'élève à 9,6 milliards d'euros (*tableau 1*), soit près de 4 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

Entre 2013 et 2019, la consommation de soins infirmiers a augmenté en moyenne de 4,6 % par an en valeur ; elle est portée par le vieillissement de la population et par le virage ambulatoire du système de soins, illustré notamment par l'extension du programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation (PRADO) depuis 2012.

Les soins courants infirmiers n'ont pas été affectés par les mesures de restriction sanitaire. Contrairement aux autres praticiens libéraux, ils ont accéléré en 2020 (+8,3% dont +5,3 % d'effet volume).

Après deux années de ralentissement (+2,9 % en 2021, +1,5 % en 2022), les soins infirmiers réaccélérent à la hausse en 2023 (+3,5 %). Comme pendant la période antérieure à la crise sanitaire, cette hausse s'explique essentiellement par un effet volume.

De nombreuses interventions sur le prix des et le périmètre des actes infirmiers ont eu lieu sur la période récente. En 2019, l'avenant n°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, en vigueur jusqu'en 2022, renforce le rôle des infirmières dans la coordination des soins et améliore la prise en charge des patients dépendants.

La signature de l'avenant n°7 (paru en 2020) portant sur les modalités d'exercice des infirmières en pratique avancée contribue à redéfinir leur activité. Plus récemment, l'entrée en vigueur, fin 2022, de l'avenant n°9 à la convention nationale simplifie le recours à la télésanté pour les infirmières et les infirmiers en pratique avancée, et devrait également soutenir la croissance des soins infirmiers. L'année 2022 est également marquée par la création de deux nouveaux actes dans la nomenclature infirmière, accompagnés de deux nouvelles cotations.

Le 16 juin 2023, l'avenant n°10 est signé, visant à revaloriser la prise en charge des patients à domicile. Il prévoit aussi un accompagnement financier pour les infirmières libérales qui suivent la formation d'infirmier en pratique avancée (IPA).

Les derniers avenants signés ont probablement favorisé la hausse du volume de soins infirmiers. En 2023, la hausse du volume constitue l'essentiel de la croissance des soins courants infirmiers (*graphique 1*).

Tableau 1 Consommation de soins courants infirmiers en ville

En millions d'euros

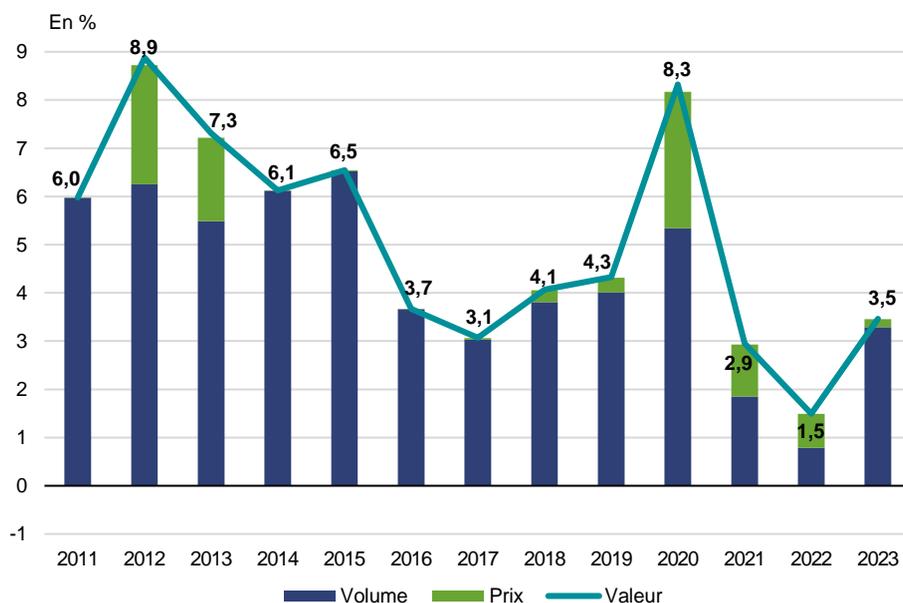
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants	6 254	8 203	8 886	9 148	9 285	9 606
Honoraires ¹	5 864	7 659	8 243	8 579	8 716	9 112
Contrats et assimilés ²	7	86	152	99	110	83
Prise en charge des cotisations	383	458	491	470	459	412
Évolution (en %)	7,3	4,3	8,3	2,9	1,5	3,5
Dont volume (en %)	5,5	4,0	5,3	1,9	0,8	3,3
Dont prix (en %)	1,7	0,3	2,8	1,1	0,7	0,2

1. Ce poste comprend les honoraires versés au titre de la consultation et des visites, des actes techniques et des téléconsultations

2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).

Lecture > En 2023, la consommation de soins infirmiers s'élève à 9 606 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2023 de 3,5 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 3,3 % du volume de soins et d'une hausse de 0,2 % du prix.

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

Graphique 1 Évolution de la consommation des soins courants infirmiers

Lecture > La valeur des soins infirmiers augmente de 3,5 % en 2023. Cette hausse se décompose en une hausse de 0,2 % du prix des soins et une hausse de 3,3 % du volume de soins.

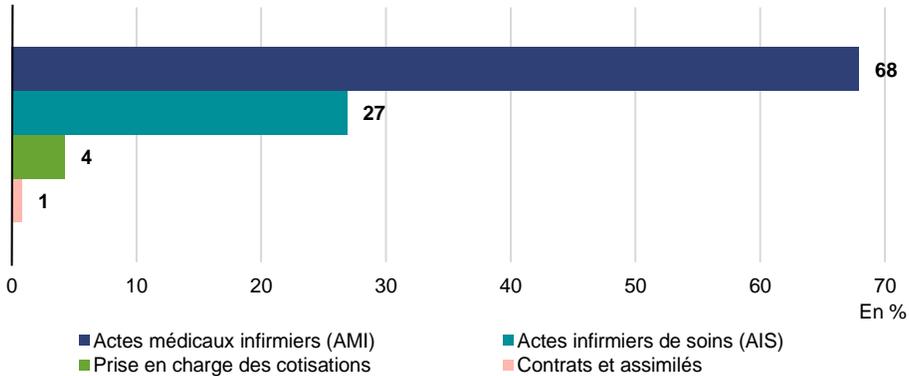
Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM, pour les indices des prix.

Les actes médicaux infirmiers restent prédominants en 2023

La structure de la consommation de soins courants infirmiers évolue légèrement en 2023 : les actes médicaux infirmiers (AMI) [injections, pansements, etc.] représentent 68 % de la dépense, les actes infirmiers de soins (AIS) [séances de soins,

surveillance, etc.] 27 %, les prises en charge des cotisations 4 % et, enfin, les contrats et assimilés 1 % de la dépense (*graphique 2*).

Après un déclin en 2022 (-2,6 %), les actes infirmiers de soins affichent une hausse de 4 % en 2023, devenant ainsi les principaux contributeurs à la croissance des soins infirmiers.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins courants infirmiers en 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

Les effectifs des infirmières en libéral augmentent en 2021

Au 1^{er} janvier 2021, on estime à 98 600 le nombre d'infirmières exerçant leur activité en libéral (*tableau 2*). En 2021, les effectifs des infirmières libérales augmentent de 1,3 % tandis que les effectifs salariés reculent de 0,3 %. En dépit de la croissance de l'exercice libéral, les infirmières demeurent dans leur grande majorité salariées (84 %).

Pour répondre au défi lié au vieillissement de la population, une refonte du métier infirmier est en cours : la réforme infirmière 2023-2024.

Elle met un accent particulier sur la formation des infirmières, afin de lutter contre le taux élevé d'abandon des études. L'objectif est de fidéliser à la fois les étudiants et les professionnels, tout en rendant la profession plus attractive. Cette réforme vise également l'élargissement de nouvelles compétences pour les infirmières, renforçant ainsi leur rôle au sein du système de santé.

Tableau 2 Effectifs des infirmières par mode d'exercice

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Libérales	76 700	80 200	83 900	87 200	90 300	92 900	95 500	97 400	98 600
Salariées	467 900	474 700	479 800	488 000	490 100	492 000	495 000	502 000	500 300

Note > Les infirmières exerçant une activité mixte (libérale et salariée) sont comptées à la fois dans les effectifs d'infirmières libérales et salariées. Contrairement aux autres fiches sur les professionnels de santé, les effectifs salariés infirmiers incluent les salariées hospitalières.

Champ > France métropolitaine et DROM hors Mayotte.

Sources > SNDS pour les infirmières libérales ; BTS pour les infirmières salariées, calculs DREES.

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 (93,4 % en 2023) (*tableau 3*). L'État contribue pour 0,2 % de la dépense (aide médicale de l'État et invalides de guerre) et les organismes complémentaires 4,7 %. Le reste à charge des ménages représente 1,6 % de la dépense, soit

153 millions d'euros en 2023. Sur les dix dernières années, la répartition des dépenses de soins infirmiers entre les différents financeurs est restée relativement stable.

En 2023, le reste à charge des ménages a baissé de 0,3 point pour atteindre son point le plus bas depuis 2010 (première année disponible) (*graphique 3*).

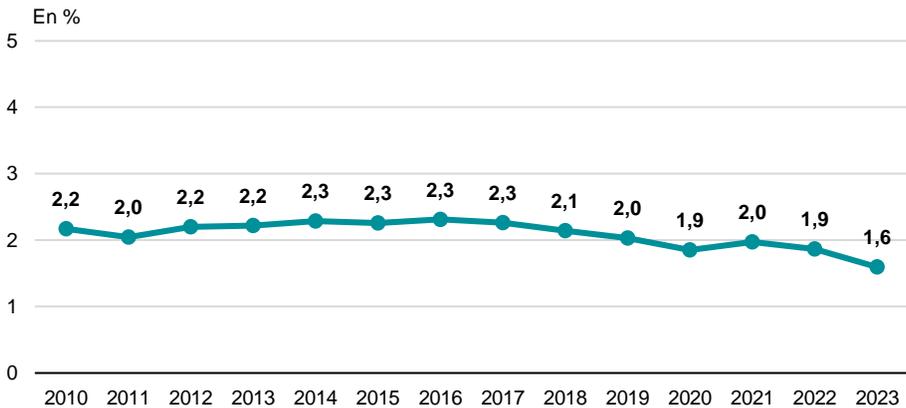
¹ La baisse du financement des dépenses de soins infirmiers par l'État s'explique par une modification du mode de financement de la complémentaire santé solidaire (C2S). En effet, jusqu'en 2020, ce dispositif

était financé directement par l'État ; à partir de 2021, le financement de la C2S est assuré par l'Assurance maladie.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins courants infirmiers par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	8 976	93,4
État	22	0,2
Organismes complémentaires	455	4,7
Ménages	153	1,6
Ensemble	9 606	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution de la part du reste à charge des ménages entre 2010 et 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins infirmiers de longue durée restent dynamiques en 2023

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 dépense courante de santé au sens international (DCSi), mais sont hors consommation des soins et de biens médicaux (CSBM).

En 2023, les soins de longue durée infirmiers augmentent de 3,8 % (après +4,6 % en 2022) [tableau 4]. 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. 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.

En 2023, les dépenses de prévention deviennent marginales

Les soins réalisés par des infirmières classées en dépenses de prévention recouvrent les prélèvements pour effectuer les tests PCR et TAG et des injections de vaccins contre le Covid-19¹. En raison du reflux progressif de l'épidémie, ces dépenses diminuent en 2022, à 461 millions d'euros, après avoir atteint près d'un milliard en 2021. En 2023, les dépenses de prévention des infirmières baissent de nouveau (-89,2 %) et s'élèvent à 50 millions d'euros (dont 15 millions d'euros au titre des prélèvements de tests PCR et TAG et 35 millions d'euros soins au titre des injections de vaccin contre le Covid-19). Les injections de vaccins, ainsi que les prélèvements de tests ont été financés en totalité par la Sécurité sociale, à l'exception des prélèvements pour les adultes non vaccinés à partir du 15 octobre 2021. ■

1. Les dépenses d'injection de vaccins hors Covid-19 n'ont pas été isolées dans cette édition des comptes de la santé. Depuis 2022, les infirmières libérales sont par

ailleurs autorisées 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

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins de longue durée	2 509	2 858	2 926	3 073	3 215	3 336
SSIAD	1 607	1 762	1 877	1 911	2 044	2 165
Soins liés à la dépendance	902	1 096	1 049	1 162	1 171	1 171
Évolution (en %)		2,3	2,4	5,0	4,6	3,8
Prévention			131	903	461	50
Prélèvement des tests PCR et TAG			131	381	289	15
Injection de vaccin Covid-19				522	171	35
Évolution (en %)			ns	588,3	-49,0	-89,2

ns : non significatif.

Lecture > Les soins de longue durée des infirmiers représentent 3 336 millions d'euros en 2023.**Source** > DREES, comptes de la santé.**Pour en savoir plus**

- > **Babet, C., Donnenfeld, M., Kamionka, J.** (2024, juin). Démographie des infirmières et des aides-soignantes – Méthodologie de construction de séries longues. DREES, *DREES Méthodes*, 15.
- > **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.
- > **Aberki, C., Chaput, H., Legendre, B. 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 2023, la consommation des soins des auxiliaires médicaux (hors soins infirmiers) s'élève à 9,1 milliards d'euros, dont 79 % pour les soins de kinésithérapie. Elle accélère, augmentant de 9 % en 2023, après +3 % en 2022. Cette accélération s'explique principalement par la hausse de l'activité en volume. Ces soins sont pris en charge à 66 % par l'Assurance maladie et à 19 % par les organismes complémentaires. Les 15 % restants sont financés directement par les ménages.

La consommation de soins courants des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers augmente fortement en 2023

En 2023, la consommation en soins courants d'auxiliaires médicaux¹ (hors soins infirmiers) s'élève à 9,1 milliards d'euros, soit 3,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [tableau 1]. Après un rebond important en 2021 (+18,5 %), elle recommence à accélérer : +8,9 % en 2023 après +2,6 % en 2022. Cette accélération s'explique prin-

cipalement par la hausse du volume de soins d'auxiliaires médicaux consommés (+8,6 % en 2023, après +2,5 % en 2022). Cette hausse du volume d'activité des auxiliaires médicaux pourrait s'expliquer par la poursuite des effets de la crise sanitaire (effet du report des soins durant la crise, rebond des soins non urgents), mais elle pourrait traduire également une réponse des praticiens (augmentation de leur volume d'activité) pour contenir l'impact sur leurs revenus des effets de l'inflation sur leurs charges (rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2023).

Tableau 1 Consommation de soins courants des auxiliaires médicaux

En millions d'euros

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants	6 158	7 690	6 855	8 126	8 339	9 083
Kinésithérapeutes	4 959	6 120	5 447	6 467	6 638	7 218
Orthophonistes	905	1 130	959	1 138	1 149	1 252
Orthoptistes	118	239	251	311	352	390
Pédicures-podologues	176	201	198	210	200	224
Évolution (en %)	6,2	4,4	-10,9	18,5	2,6	8,9
Dont volume (en %)	3,3	3,1	-12,7	20,8	2,5	8,6
Dont prix (en %)	2,8	1,3	2,1	-1,8	0,2	0,3

Note > Les soins de longue durée des kinésithérapeutes ne sont pas comptabilisés dans les soins courants.

Lecture > En 2023, la consommation de soins courants d'auxiliaires médicaux (hors infirmières) s'élève à 9 083 millions d'euros, soit 7 218 millions d'euros de soins courants de kinésithérapie. Elle augmente de 8,9 % en 2023 en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 8,6 % du volume de soins et d'une hausse de 0,3 % du prix.

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

Les soins courants des auxiliaires médicaux hors infirmières accélèrent pour l'ensemble de ces praticiens

En 2023, la structure des dépenses de soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers est identique à celle de 2022 : 79 % sont des soins courants de kinésithérapeutes, 14 % des soins d'orthophonistes, 4 % des soins d'orthoptistes et 2 % des soins de pédicures-podologues.

En 2023, l'accélération des soins d'auxiliaires médicaux hors infirmières est portée par celle du volume de soins de kinésithérapie

En 2023, la consommation de soins dispensés par les kinésithérapeutes augmente de 8,7 % par rapport à 2022 et s'établit à 7,2 milliards d'euros. La consommation de soins de kinésithérapie est la première contributrice à la hausse du total des soins courants des autres auxiliaires médicaux en 2023.

¹ Les dépenses de soins de kinésithérapeutes effectués dans le cadre de la prise en charge de la dépendance ne sont pas comptabilisés comme des soins

courants, mais comme des soins de longue durée (fiche 20).

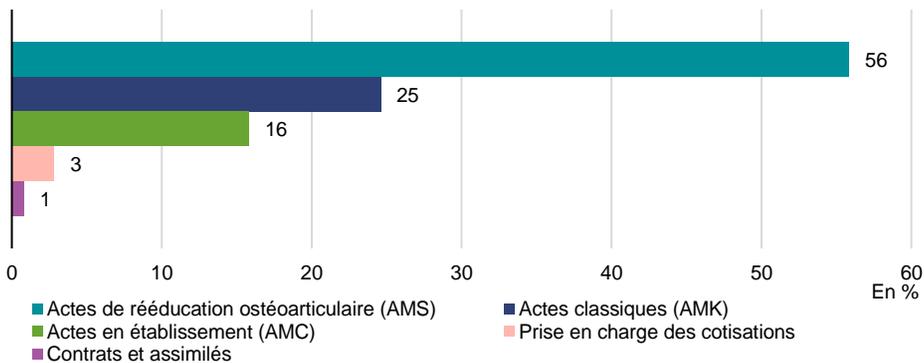
En 2023, le prix des soins de kinésithérapeutes est stable (0,0 %), la revalorisation des tarifs décidée en 2023 n'entrant en application qu'en 2024. L'évolution de la consommation en 2023 est ainsi intégralement liée à une croissance du volume de soins (*graphique 2*).

En 2023, les honoraires représentent 96 % de la dépense de soins des kinésithérapeutes. Les actes de rééducation ostéoarticulaire (AMS) représentent 56 % des dépenses de soins de kinésithérapie en 2023 (*graphique 1*). Ces actes, auxquels recourent davantage les personnes âgées, occupent une place de plus en plus importante dans les

dépenses d'actes de kinésithérapeutes dans le champ de la CSBM : elle augmente de 1,3 point entre 2021 et 2023, aux dépens surtout des actes classiques, dont la part dans les dépenses d'actes de kinésithérapeutes diminue de 0,9 point sur la même période.

Les kinésithérapeutes facturent une part importante de dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie : 17 % des dépenses de soins de kinésithérapeutes correspondent à des dépenses non remboursables, dont 2 % dus à la facturation de dépassements d'honoraires, et 15 % à des actes non remboursés.

Graphique 1 Structure des soins courants de kinésithérapeutes en 2023



Note > Les soins de longue durée de kinésithérapeutes, quasi intégralement des AMS, ne sont pas comptés ici.

Lecture > Les actes de rééducation ostéoarticulaires (AMS) représentent 56 % des soins courants de kinésithérapeutes.

Champ > CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins d'orthophonie accélèrent en 2023

La consommation de soins d'orthophonie s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2023, en hausse de 9,0 %. Cette hausse est portée par celle du volume d'activité des orthophonistes (+6,3 %). Le volume de soins des orthophonistes accélère en 2023 (+0,5 % en 2022) et augmente à un rythme supérieur à celui observé avant la crise sanitaire (+3,5 % par an en moyenne sur la période 2011-2019). La convention nationale entre l'Assurance maladie et les orthophonistes, renégociée en 2023, prévoit une augmentation des tarifs des honoraires des orthophonistes à partir de 2024.

Les soins d'orthoptie sont dynamiques en 2023

Les soins d'orthoptistes ralentissent mais restent dynamiques en 2023 (+10,8 % après +13,2 % en 2022), s'établissant à 390 millions d'euros. Ils sont plus dynamiques que les soins prodigués par des ophtalmologues, qui augmentent de 8,2 % en 2023 (après +5,4 % en 2022) [*fiche 5*]. Ce dynamisme de la consommation est dû quasi entièrement à une augmentation du volume (+10,4 % après +13,3 %). Entre 2013 et 2023, la consommation de soins d'orthoptistes a été multipliée par 3,3 en valeur et par

2,3 en volume. Depuis 2013, on constate une forte progression des soins d'orthoptie fournis en centre de santé : quasi inexistantes en 2013 (2 millions d'euros courants, pour 2 % des soins d'orthoptie), ils représentent aujourd'hui un quart des dépenses d'orthoptie (95 millions d'euros, 24 % du total). Sur la même période, la consommation de soins d'orthoptie en libéral a également augmenté fortement, passant de 116 millions à 294 millions d'euros courants, mais voit leur part baisser dans le total de 98 % en 2013 à 76 % en 2023.

L'accélération de la consommation de soins d'orthoptie a été favorisée par l'élargissement progressif des catégories d'actes que les orthoptistes peuvent pratiquer depuis les années 2010. Cet élargissement se poursuit en 2023, avec la renégociation de la convention nationale entre l'Assurance maladie et les orthoptistes, qui leur permet désormais de pratiquer les dépistages de l'amblyopie et des troubles réfractifs chez les enfants.

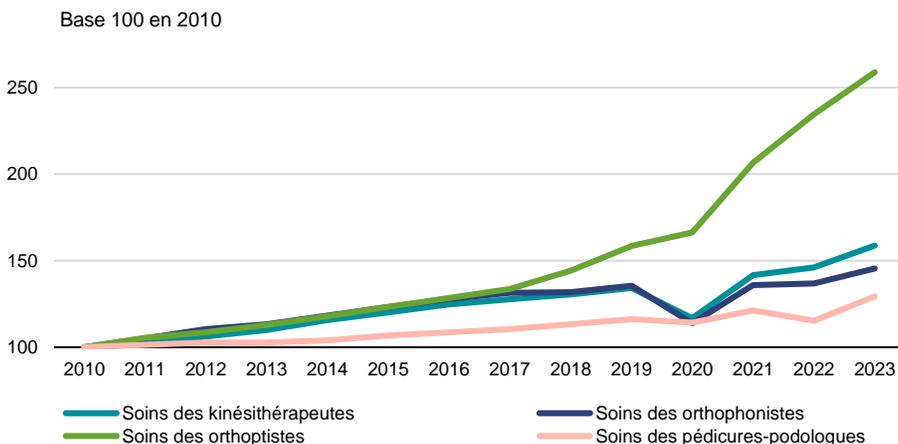
Les soins de pédicures-podologues dépassent leur niveau d'avant crise

Les soins de pédicures-podologues¹ représentent une dépense de 224 millions d'euros en 2023, en hausse de 24 millions par rapport à 2022. Ils augmentent de 12,1 %, après une baisse marquée (-4,9 %) entre 2021 et 2022.

En l'absence de croissance des prix (+0,0 % ces deux années), la hausse de 2023 est exclusivement liée à l'augmentation du volume de soins.

Les pédicures-podologues facturent relativement plus de dépassements d'honoraires que les orthophonistes et orthoptistes : ceux-ci représentent 1,1 % des soins de pédicures-podologues, contre 0,1 % pour les soins d'orthophonistes et 0,7 % pour les soins d'orthoptistes.

Graphique 2 Niveau de l'activité en volume des auxiliaires médicaux



Lecture > En 2023, le volume de soins de kinésithérapeutes s'élève à 157,9 en comparaison de l'année de référence 2010 dont le niveau est fixé à 100. Autrement dit, en 2023, le volume de soins est donc supérieur de 57,9 % au niveau de 2010.

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

Les effectifs d'auxiliaires médicaux en ville progressent régulièrement depuis 2018

Au 1^{er} janvier 2020, 79 800 kinésithérapeutes exercent en France en ville (tableau 2), à 95 % en exercice libéral ou mixte (exerçant à la fois une activité salariale et libérale). L'effectif des kinésithérapeutes en ville progresse continûment depuis 2017 : +3,0 % en moyenne par an entre 2017 et 2020.

Au 1^{er} janvier 2023, le nombre d'orthophonistes est estimé à 23 000 exerçant en ville en France, dont 91 % dans le secteur libéral ou mixte². Les effectifs d'orthophonistes progressent en continu depuis 2017, en moyenne de 1,4 % par an.

Au 1^{er} janvier 2023, le nombre d'orthoptistes est estimé à 5 400, dont 61 % dans le secteur libéral ou

mixte. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 6,0 % par an en moyenne entre 2017 et 2023.

Pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes, la progression des effectifs est surtout notable dans le secteur libéral ou mixte. Pour les orthoptistes, au contraire, ce sont les salariés hors hospitaliers, exerçant généralement en centre de santé, qui contribuent le plus à la hausse des effectifs. Ils augmentent de 10,5 % en 2023 (contre +3,1 % pour les effectifs en secteur libéral ou mixte) et leur nombre a quasiment doublé en cinq ans.

Au 1^{er} janvier 2017, dernière année pour laquelle les données sont disponibles, 12 800 pédicures-podologues étaient dénombrés. Quasiment tous exerçaient en libéral ou en mixte ; la part des salariés hors hospitaliers était inférieure à 1 %.

¹ L'édition 2024 des comptes de la santé inclut pour la première fois une estimation des dépenses de pédicures-podologues non prises en charge par l'Assurance maladie. La méthodologie d'estimation de ces dépenses est relativement plus fragile que celle des dépenses

prises en charge par l'Assurance maladie : elles sont donc à interpréter avec prudence (annexe 3).

² Toutes les estimations d'effectifs, hors kinésithérapeutes, correspondent au nombre de professionnels inscrits dans le répertoire Adeli, ayant moins de 62 ans (âge estimé de départ à la retraite).

Tableau 2 Effectifs des auxiliaires médicaux hors salariés hospitaliers exclusifs, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kinésithérapeutes	72 200	76 800	77 500	79 800	n.d.	n.d.	n.d.
dont libéraux ou mixtes	68 400	72 700	73 300	75 600	n.d.	n.d.	n.d.
dont salariés	3 800	4 100	4 200	4 200	n.d.	n.d.	n.d.
hors hospitaliers							
Orthophonistes	21 100	21 100	21 500	21 900	22 300	22 600	23 000
dont libéraux ou mixtes	19 000	19 100	19 500	19 900	20 300	20 700	20 900
dont salariés	2 000	2 000	1 900	2 000	2 000	2 000	2 000
hors hospitaliers							
Orthoptistes	3 800	3 900	4 200	4 400	4 700	5 000	5 400
dont libéraux ou mixtes	2 700	2 800	2 900	3 000	3 100	3 200	3 300
dont salariés	1 000	1 100	1 300	1 400	1 700	1 900	2 100
hors hospitaliers							
Pédicures-podologues	12 800	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
dont libéraux ou mixtes	12 700	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
dont salariés	100	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
hors hospitaliers							

Note > Ne sont comptabilisés ici que les auxiliaires médicaux en exercice libéral exclusif ou mixte (libéral et salarié). Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 3.

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

Sources > DREES, Adeli 2017-2023 ; ASIP-Santé RPPS ; calculs DREES.

Des taux de prise en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires inférieurs à ceux des soins de médecins et de sages-femmes

La Sécurité sociale finance 66,1 % des dépenses de soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers en 2023. Les organismes complémentaires en financent 18,9 % et les ménages 14,8 % (tableau 3).

Les soins d'orthophonistes sont les mieux pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire – c'est-à-dire la Sécurité sociale et l'État – avec un taux de prise en charge de 80,5 %. Les soins d'orthoptistes sont, pour leur part, pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire à 71,0 %. Cette part est inférieure chez les kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, qui pratiquent davantage de soins non remboursables : ainsi, elle atteint respectivement 64,5 % et 34,9 %.

En 2023, les organismes complémentaires financent 17,6 % de la consommation de soins courants des kinésithérapeutes (hors soins de longue durée). Le reste à charge pour les ménages représente 17,9 % de la dépense totale de soins courants de kinésithérapie (soit 1,3 milliard d'euros).

Pour les autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)¹, la part des soins restant à la charge des ménages est faible (2,7 %), les organismes complémentaires finançant la majorité des dépenses non remboursées par l'Assurance maladie obligatoire (24,2 % du total des soins). ■

¹ Les données des organismes complémentaires permettant de construire les restes à charge des ménages ne permettent pas de distinguer dans les comptes de la

santé les financements par les organismes complémentaires des soins des orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

Tableau 3 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par financeur en 2023

En millions d'euros et en pourcentage

		Ensemble	Sécurité sociale	État	OC	Ménages
Auxiliaires médicaux hors infirmières	Dépenses	9 083	6 004	16	1 720	1 344
	Part	100,0	66,1	0,2	18,9	14,8
Kinésithérapeutes	Dépenses	7 218	4 646	11	1 268	1 293
	Part	100,0	64,4	0,2	17,6	17,9
Autres auxiliaires médicaux	Dépenses	1 866	1 358	5	452	50
	Part	100,0	72,8	0,3	24,2	2,7
dont orthophonistes	Dépenses	1 252	1 005	4		244
	Part	100,0	80,3	0,3		19,5
dont orthoptistes	Dépenses	390	275	2		113
	Part	100,0	70,6	0,4		29,0
dont pédicures-podologues	Dépenses	224	78	0		146
	Part	100,0	34,9	0,0		65,1

OC : organismes complémentaires.

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 Le dispositif Mon Soutien Psy

Le dispositif Mon Soutien Psy permet, depuis 2022 à des personnes en souffrance psychique de bénéficier de séances chez un psychologue remboursées par l'Assurance maladie.

Ce dispositif s'adresse aux personnes en souffrance psychique légère ou modérée : angoisse, anxiété ou stress légers, difficultés à dormir, mésusage sans dépendance de tabac, d'alcool et/ou de cannabis, troubles du comportement alimentaire sans critères de gravité, etc. Les personnes souhaitant bénéficier de ce dispositif doivent obligatoirement consulter un psychologue partenaire de l'Assurance maladie, recensé dans l'annuaire de l'Assurance maladie des psychologues conventionnés.

Les consultations de psychologues dans le cadre du dispositif sont obligatoirement facturées au tarif de 50 euros par séance, sans possibilité pour le professionnel de pratiquer des dépassements. L'Assurance maladie rembourse, en fonction de l'état de santé psychique du bénéficiaire, jusqu'à 12 séances de suivi psychologique par année civile, au taux de remboursement de 60 %, soit 30 euros. Les 20 euros restants peuvent être pris en charge par les organismes complémentaires ou rester à la charge des bénéficiaires. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, de l'Aide médicale de l'État, de soins en lien avec une affection de longue durée, une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle sont exonérés de l'avance des frais.

Pour l'année civile 2023, les administrations publiques ont financé **19 millions d'euros** pour ce dispositif, dont 18 millions d'euros par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Le financement par les organismes complémentaires ou les ménages des consultations de ce dispositif s'est élevé à **11 millions d'euros**.

Les soins fournis par des psychologues diplômés d'État ne sont pas comptabilisés au sein des dépenses de santé selon les conventions actuelles des comptes de la santé.

Depuis le 15 juin 2024, le nombre maximal de séances remboursées par année est passé de 8 à 12. Par ailleurs, il n'est, depuis cette date, plus obligatoire de consulter au préalable un médecin ou une sage-femme pour rentrer dans ce dispositif : les patients peuvent directement entrer en contact avec un psychologue conventionné.

Pour en savoir plus

> **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2024, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024.*

En 2023, la consommation de soins de dentistes dispensés en cabinet libéral et en centre de santé, qui recouvre notamment les soins prothétiques et conservateurs, s'élève à 15,5 milliards d'euros. Cette consommation est en hausse en 2023 (+ 5,3 %), faisant suite à une année de ralentissement après l'important rattrapage post-Covid-19. Le taux de reste à charge des ménages en dentaire est stable par rapport à 2022, à 16,6 %. En dix ans, ce reste à charge a diminué de 12,8 points, dont 6 points depuis la mise en place du 100 % santé en 2019.

La consommation de soins de dentistes en forte hausse en 2023

En 2023, la consommation de soins de dentistes s'élève à 15,5 milliards d'euros (tableau 1)¹. Portée par la hausse des soins conservateurs, des prothèses dentaires et de l'orthodontie, elle croît de 5,3 %, un rythme supérieur à celui observé avant la crise (+1,6 % en moyenne par an entre 2011 et 2019).

En 2020, avec l'arrêt quasi total de l'activité des dentistes pendant le confinement, les dépenses avaient diminué de 5,1 %. L'année suivante, elles avaient connu une forte hausse (+16,0 %), portée par la réforme du 100 % santé et la reprise d'activité post-confinement.

Bien que la croissance ait ralenti en 2022 (+3,0 %), elle est restée positive, portée par l'augmentation à

la fois du volume et des prix, à la suite de la révision à la hausse des tarifs des prothèses dentaires ainsi que des actes de soins conservateurs. En 2023, les dépenses de soins dentaires accélèrent (+5,3 %), principalement en raison d'un effet volume (+4,4 %).

En 2023, l'Assurance maladie et les organismes complémentaires ont signé la convention dentaire 2023-2028, qui prévoit de nouvelles mesures représentant plus de 600 millions d'euros de dépenses supplémentaires sur six ans. La convention inclut une revalorisation du prix des examens bucco-dentaires des 3 à 24 ans et du tarif des soins conservateurs pour l'ensemble de la population. Par ailleurs, le dispositif 100 % santé va intégrer de nouveaux dispositifs dans le panier et augmenter de 3 % les plafonds des restes à charge 0 et tarif maîtrisé. À partir d'octobre 2023, le taux de prise en charge par la Sécurité sociale des soins hors prothèses baisse de 70 % à 60 %.

Tableau 1 Consommation de soins de dentistes

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Soins courants	11 859	12 603	12 970	12 307	14 272	14 701	15 473
Honoraires	11 590	12 279	12 594	11 682	13 870	14 224	15 015
Contrats et assimilés ¹	0	51	69	65	82	102	88
Prise en charge des cotisations	269	274	307	303	320	374	370
DIPA ²	0	0	0	256	0	0	0
Évolution (en %)	0,8	1,0	2,9	-5,1	16,0	3,0	5,3
Dont volume (en %)	0,4	1,1	-0,2	-10,2	14,9	1,8	4,4
Dont prix (en %)	0,4	-0,1	3,1	5,7	0,9	1,2	0,8

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

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

Lecture > En 2023, la consommation de soins de dentistes s'élève à 15,5 milliards d'euros, dont 15,0 milliards d'euros d'honoraires. Elle progresse de 5,3 % en valeur.

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

¹ La nouvelle méthode de production des comptes (annexe 3) a entraîné des révisions notables pour les soins dentaires dans l'édition actuelle.

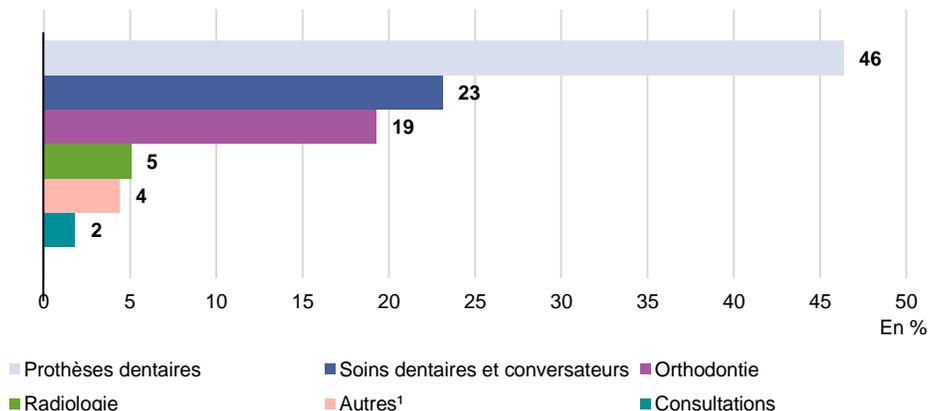
Une hausse des soins dentaires et des prothèses en 2023

La consommation de soins de dentistes est composée à 46 % de dépenses de prothèses dentaires, répartis depuis la réforme du 100 % santé en 2019 en trois paniers de soins (« reste à charge 0 », « reste à charge maîtrisé » et « tarif libre ») [fiche 22]. Les soins dentaires et conservateurs (en particulier détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation et

actes divers de prothèses dentaires hors 100 % santé) représentent 23 % de la consommation en 2023 (*graphique 1*). Viennent ensuite l'orthodontie (19 %), la radiologie (5 %) et les consultations (2 %).

Les dépenses des prothèses ont augmenté en 2023 (+1,8 %) mais elles ont ralenti (+4,1 % en 2022), dans un contexte de montée en charge progressive de la réforme du 100 % santé.

Graphique 1 Répartition des soins de dentistes en 2023



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.

Une hausse du nombre de dentistes

Les effectifs des dentistes hors secteur hospitalier, sont en hausse en 2023 à 44 400 (+2,4 %) [*tableau 2*]. Cette progression est davantage portée par les salariés (60 % de la hausse, pour 15 % des effectifs) que par les dentistes exerçant en libéral (40 % de la hausse, pour 85 % des effectifs).

Entre 2013 et 2023, les effectifs des dentistes ont augmenté de 1,0 % par an en moyenne annuelle. Les effectifs de dentistes libéraux ayant très peu augmenté (+0,2 % en moyenne annuelle), la hausse est très majoritairement portée par les autres salariés (+6,9 % en moyenne annuelle).

Un recul persistant des soins de dentistes en cabinet libéral

La part des soins dentaires effectués en cabinet libéral diminue depuis 2013 (de 91,7 % en 2013 à 84,9 % en 2023) au profit de ceux réalisés en centre de santé (15,1 % en 2023 contre 8,3 % en 2013) [*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 ou à maintenir l'installation des dentistes en centre de santé dans les zones sous-dotées.

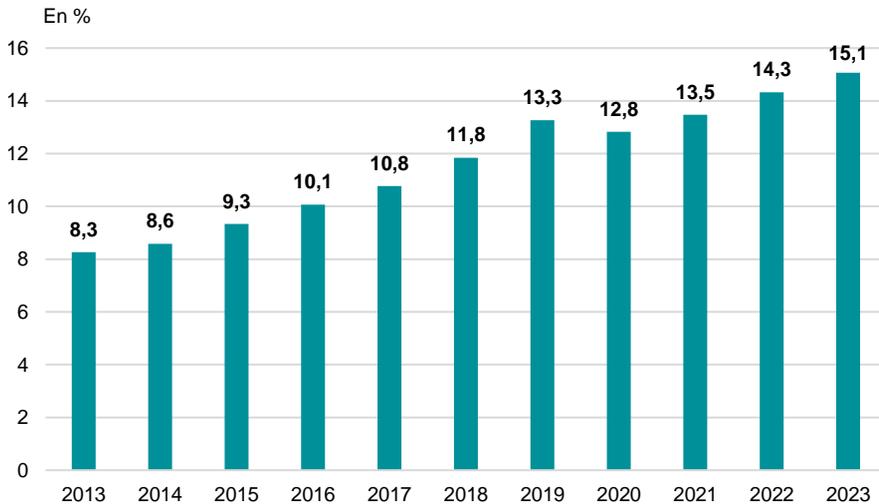
Tableau 2 Effectif des dentistes hors salariés hospitaliers exclusifs, par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 22/23 (en %)	Structure 2023 (en %)
Ensemble des dentistes	40 300	41 400	42 100	42 400	43 400	44 400	2,4	100,0
Libéraux exclusifs et mixtes	36 800	36 800	37 100	36 900	37 200	37 600	1,1	84,7
Salariés hors hospitaliers	3 500	4 600	5 000	5 500	6 200	6 800	10,2	15,3

Note > Ne sont comptabilisés ici que les dentistes en exercice libéral exclusif ou mixte (libéral et salarié). Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 3.

Champ > France métropolitaine et DROM.

Source > DREES, RPPS 2012-2023.

Graphique 2 Part des soins de dentistes effectués en centre de santé entre 2013 et 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires demeurent les premiers financeurs des soins de dentistes

En 2023, les organismes complémentaires demeurent les principaux financeurs des soins dentaires : ils prennent en charge 43,9 % de la dépense des soins dentaires. Cette part reste stable (+0,3 point) entre 2022 et 2023 après une hausse de 5,2 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 baisse de 0,3 point à 39,3 %.

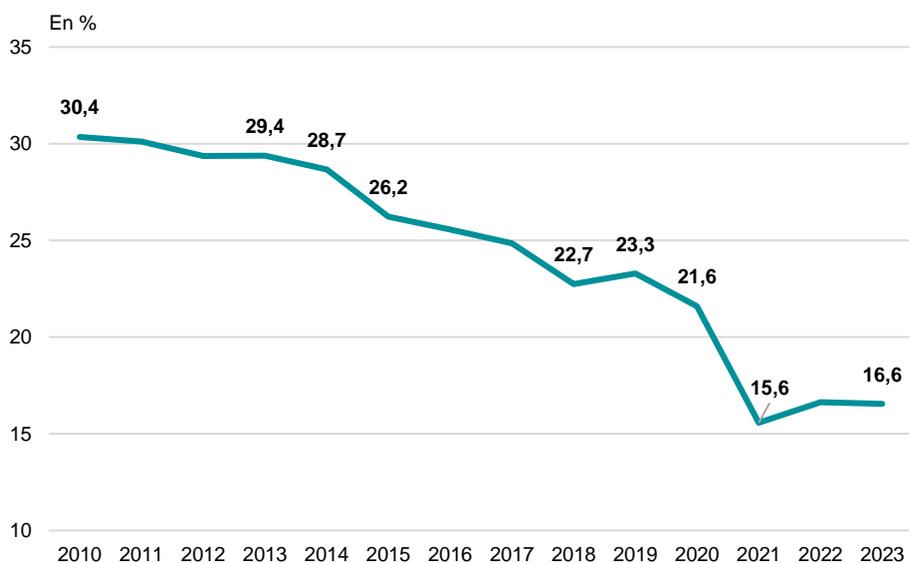
Le reste à charge des ménages s'établit à 16,6 % en 2023, en baisse de 12,8 points en dix ans. Il a fortement diminué depuis la mise en place de la réforme du 100 % santé en dentaire, visant à réduire ce reste à charge. Il est passé de 23,3 % en 2019 à 15,6 % en 2021 (*graphique 3*).

Il existe plusieurs modes de tarification en fonction du type de soin (voir encadré 1). Le reste à charge des ménages est plus élevé pour les soins hors prothèses (20,7 %) que pour les prothèses (11,8 % de la dépense en 2023). Pour les prothèses, 20 % des dépenses font l'objet d'un reste à charge nul ou proche de zéro, dans le cadre des dispositifs du 100 % santé ou de la complémentaire santé solidaire (panier forfait C2S) [fiche 22].

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de dentistes par type de financeur en 2023

	Soins dentaires		Soins dentaires hors prothèses		Prothèses dentaires	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	6 086	39,3	4 157	50,1	1 929	26,9
État	28	0,2	26	0,3	1	0,1
Organismes complémentaires	6 799	43,9	2 399	28,9	4 399	61,3
Ménages	2 561	16,6	1 717	20,7	843	11,8
Total	15 473	100,0	8 300	100,0	7 173	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

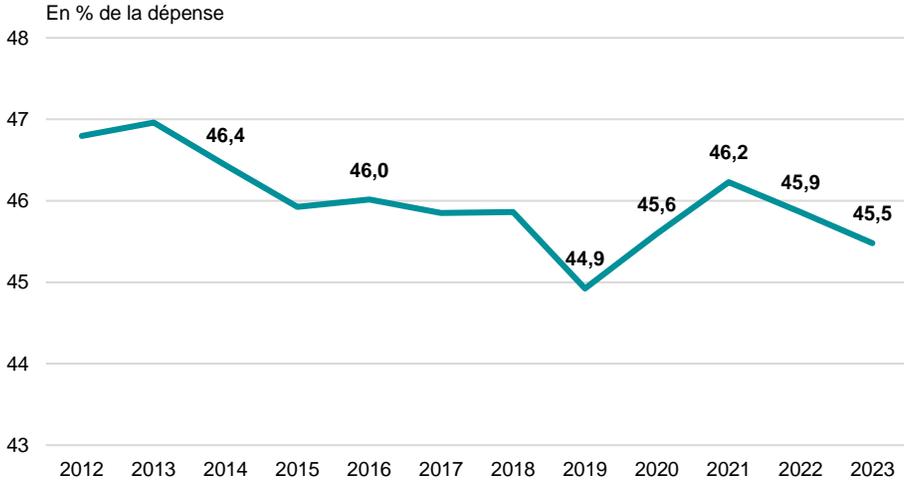
Graphique 3 Évolution de la part du reste à charge entre 2010 et 2023

Source > DREES, comptes de la santé

Le taux de dépassement baisse de nouveau en 2023

Les dépassements représentent une part importante des honoraires des dentistes, mais cette part est en

baisse depuis une dizaine d'années. En 2023, la part des dépassements diminue de nouveau (-0,4 point) pour s'établir à 45,5 % de la dépense (*graphique 2*). Sur dix ans, le taux de dépassement a baissé de 1,5 point entre 2013 et 2023.

Graphique 4 Évolution du taux de dépassement des soins de dentistes

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.

Encadré 1 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) jusqu'au 15 octobre 2023. À partir de cette date, ce taux de remboursement passe à 60 %, avec un transfert vers les complémentaires. 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. Le taux de remboursement AMO est le même que pour les consultations et les soins préventifs et conservateurs ;
- > 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.

Hors dépenses liées aux tests PCR, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires de biologie médicale s'élevé à 4,8 milliards d'euros, en hausse de 4,7 % par rapport à 2022. En 2023, les ménages financent directement 2,9 % de ces dépenses. Les dépenses liées aux tests PCR en laboratoire ont été divisées par dix entre 2022 et 2023, passant de 3,1 milliards à 0,3 milliard d'euros, en raison du fort recul de l'épidémie de Covid-19 et de la baisse du prix des tests.

L'activité des laboratoires de biologie médicale augmente en 2023

Hors tests PCR, la consommation d'analyses et de prélèvements¹ augmente fortement en 2023 : 4,7 % en valeur en 2023 (après -1,6 % en 2022). Elle s'établit à 4,8 milliards d'euros en 2023 (tableau 1). Les actes d'analyses et de prélèvements représentent la quasi-totalité du chiffre d'affaires de laboratoires, les contrats et la prise en charge des cotisations étant marginaux.

La hausse de la consommation d'analyses et de prélèvements en 2023 s'explique pour partie par l'accélération des volumes d'activité (+2,8 % après

+1,2 %). Elle s'explique aussi par un effet prix car, pour la première fois en douze ans, le prix des actes des laboratoires est à la hausse (+1,9 % d'effet prix, contre -2,2 % en moyenne entre 2012 et 2022).

L'Assurance maladie mène aussi des actions de maîtrise médicalisée (par exemple sur les tests de dosage de la vitamine C) afin de limiter le nombre de prescriptions par les médecins. Sur la période 2012-2022, la dépense d'analyses et de prélèvements en laboratoires (hors tests PCR Covid-19) progresse de 0,6 % par an en valeur, un rythme de croissance plus faible que celui des autres secteurs de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

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

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Actes des laboratoires de biologie médicale, hors tests antigéniques et PCR	4 301	4 393	4 524	4 458	4 643	4 567	4 782
Analyses et prélèvements	4 293	4 387	4 518	4 452	4 636	4 561	4 776
Contrats et prise en charge des cotisations	8	6	5	6	6	6	6
Évolution (en %)	0,3	-0,6	3,0	-1,5	4,2	-1,6	4,7
Dont volume (en %)	2,2	3,7	4,1	-0,9	8,1	1,2	2,8
Dont prix (en %)	-1,9	-4,2	-1,1	-0,6	-3,6	-2,8	1,9
Dépenses de prévention (tests antigéniques et PCR) ¹				2 114	5 166	3 127	268

1. Les dépenses de prévention comprennent les tests antigéniques et les tests PCR faits en laboratoires.

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

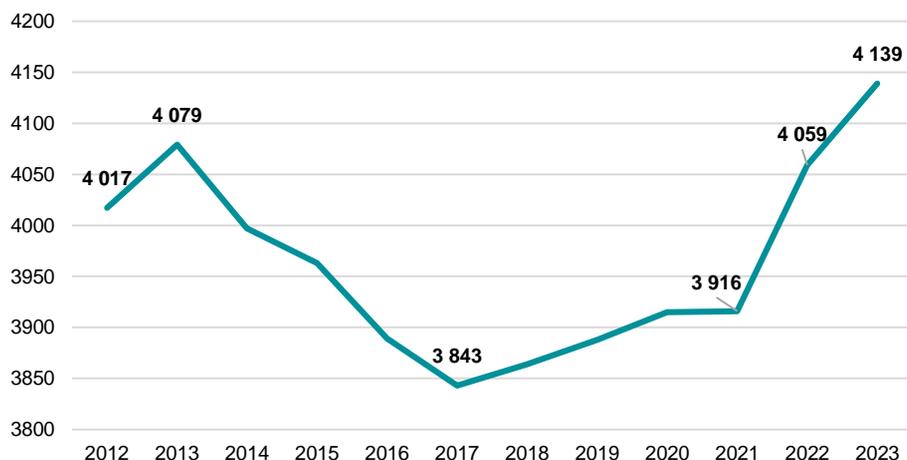
Le nombre de laboratoires dépasse le pic de 2013, la concentration du secteur accélère

En baisse de 2012 à 2017, le nombre de laboratoires de biologie médicale augmente depuis 2018 (graphique 1). En 2023, on compte 4 100 laboratoires, un chiffre stable si on le compare à 2012. 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 et de la dépense.

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.

Graphique 1 Nombre de laboratoires entre 2012 et 2023

Source > CNAM ; calculs DREES.

La Sécurité sociale finance 72 % des dépenses de laboratoires de biologie médicale

En 2023, la Sécurité sociale prend en charge 71,8 % du financement de la dépense de laboratoires et les organismes complémentaires 24,7 % (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).

Le reste à charge des ménages en biologie médicale s'établit, quant à lui, à 141 millions d'euros, soit 2,9 % de cette dépense.

Au cours des 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, puis a diminué de 0,3 point en 2023. À l'inverse, la part financée par la Sécurité sociale et l'État a baissé de 1,9 point depuis 2019.

Celle des organismes complémentaires est restée stable jusqu'en 2022, avant de connaître une diminution de 0,9 point entre 2022 et 2023.

Division par dix des dépenses liées aux tests PCR en 2023

Les dépenses des tests PCR et des tests antigéniques¹ en laboratoires s'élèvent, en 2023, à 0,3 milliard d'euros, contre 3,1 milliards en 2022 (tableau 1). Cette division par dix des dépenses est due à la baisse du nombre de tests PCR, mais aussi à la baisse de 21 % du prix de l'acte d'analyse PCR en 2023.

La Sécurité sociale a pris en charge 94,6 % de la dépense liée aux tests PCR et les ménages les 5,6 % restants. Le reste à charge des ménages correspond aux tests PCR effectués par des personnes non vaccinées, qui ne sont plus remboursées depuis fin 2021. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de laboratoires de biologie médicale par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	3 435	71,8
État	24	0,5
Organismes complémentaires	1 182	24,7
Ménages	141	2,9
Ensemble	4 782	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

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 20 et 21).

Pour en savoir plus

- > **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.
- > **Assurance maladie** (2024, juillet). *Rapport Charges et produits – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025*.
- > **Cour des comptes** (2024, mai). *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2024, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024*.

La consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,8 milliards d'euros en 2023, soit 2,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle accélère en 2023 (+10,8 % après +8,2 % en 2022). Fait notable : en 2023, les transports sanitaires en véhicules personnels et en transports en commun, moins coûteux, ont fortement progressé, en hausse de 140 % en valeur. Ces dépenses restent toutefois très minoritaires (9 % du total, contre 4 % un an plus tôt) au sein des dépenses totales de transports sanitaires, qui restent dominées par les taxis (41 %). Les dépenses de transports sanitaires sont prises en charge par l'Assurance maladie à plus de 90 %.

La consommation de transports sanitaires est en forte croissance

En 2023, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,8 milliards d'euros en valeur, en hausse de 10,8 % sur un an (*tableau 1*). Depuis 2021, la consommation de transports sanitaires augmente très fortement (+17,5 % en 2021, +8,2 % en 2022), après avoir connu un creux en 2020 (-6,3 %) au début de l'épidémie du Covid-19. À la fin des années 2010, les dépenses de transports sanitaires avaient ralenti et même baissé légèrement en 2019 (*graphique 1*).

Plusieurs types de transports sanitaires sont distingués : les ambulances (qui permettent de transporter des patients couchés), les véhicules sanitaires légers (VSL, pour transporter des patients assis), les taxis et les autres véhicules (service mobile d'urgence et de réanimation, véhicules personnels, transports en commun ou autres).

Les taxis représentent 41 % de la dépense de transports sanitaires en 2023 (*graphique 2*), en hausse de 6,4 % par rapport à 2022. Les dépenses d'ambulances baissent de 7,4 % en 2023, pour 26 % de la dépense totale. Les dépenses de VSL sont stables en 2023, pour 13,5 % du total. Fait notable : même s'ils restent minoritaires, le recours aux autres véhicules (transport en commun, véhicules personnels)

est en très forte progression en 2023 (+140 %), si bien que leur part a plus que doubler d'une année sur l'autre (9 % contre 4 % en 2022).

Entre 2013 et 2023, les dépenses de transports sanitaires ont progressé de 4,5 % par an en moyenne. La structure des dépenses de transports sanitaires s'est déformée : la part des dépenses de transports par ambulance a reculé de 9 points et celle des VSL de 4 points. Les transports sanitaires par taxi ont progressé de 5 points, et les transports par autres véhicules, très peu développés en 2013, de 5 points.

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.

Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

En millions d'euros

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble	4 334	5 123	4 802	5 645	6 105	6 763
Transports sanitaires	4 132	4 926	4 472	5 448	5 683	6 031
Contrats et indemnités	202	197	201	196	422	732
DIPA			129,8	0,9	0,4	0,3
Évolution (en %)	5,2	-0,7	-6,3	17,5	8,2	10,8
Dont volume (en %)	3,2	-2,0	-6,7	14,5	3,3	8,8
Dont prix (en %)	1,9	1,4	0,5	2,7	4,7	1,8

DIPA : dispositif d'indemnisation à la perte d'activité.

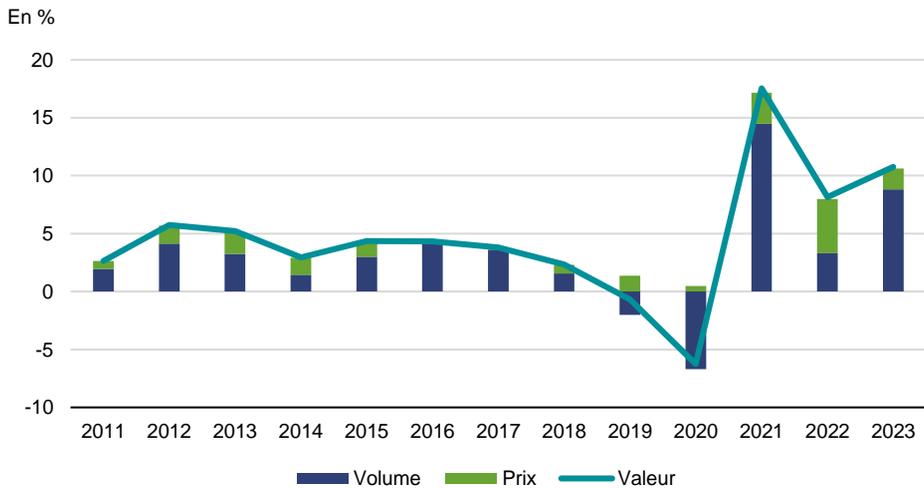
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices de prix.

Les trois derniers avenants signés entre l'Assurance maladie et les transporteurs sanitaires intègrent des mesures d'efficacité afin de freiner cette 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 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.

Depuis le 1^{er} octobre 2018, le coût des transports inter-hospitaliers des patients, c'est-à-dire 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.

Graphique 1 Évolution des dépenses de transports sanitaires



Lecture > En 2023, les prix des transports sanitaires progressent de 1,8 %.

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

Une croissance portée par les volumes

En 2022, la hausse de la consommation des transports était portée davantage par la hausse des prix (+4,7 %) que par la hausse du volume (+3,3 %). En 2023, la consommation est portée par un volume d'activité beaucoup plus dynamique qu'en 2022 (+8,8 %), alors que les prix ralentissent (+1,8 %).

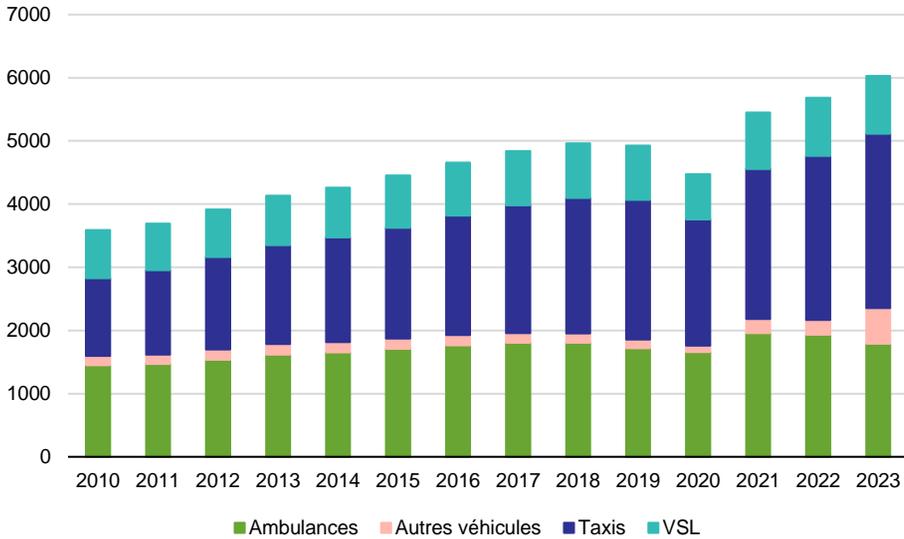
En 2022, les taxis et les VSL ont bénéficié de l'augmentation des prix (respectivement +4,4 % et +4,9 %). En 2023, l'effet prix et l'effet volume ne jouent pas de la même manière pour les différents secteurs. Les dépenses de taxis sont portées par les prix (+6,5 %) et celles des VSL par les volumes (+15,9 %).

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 2 Répartition de la dépense par mode de transport entre 2010 et 2023

En millions d'euros



VSL : véhicules sanitaires légers.

Note > Les dépenses relatives aux contrats, indemnités et à la DIPA, non ventilables par mode de transport, ne sont pas présentées dans ce graphique.**Lecture** > En 2023, les trajets effectués en taxi représentent 2,8 milliards d'euros.**Source** > DREES, comptes de la santé.

Une forte hausse de la part des contrats et indemnités

La part de contrats et indemnités, aux alentours de 200 millions d'euros entre 2013 et 2021, augmente fortement en 2022, passant à 422 millions d'euros, puis à nouveau en 2023, pour s'établir à 732 millions d'euros. Cette augmentation est la conséquence

des derniers avenants à la convention entre les fournisseurs de transports sanitaires, qui prévoit l'augmentation des montants forfaitaires auxquels peuvent prétendre les entreprises de transports conventionnés. Le dernier avenant signé prévoit notamment la création de deux forfaits annuels, visant à reconnaître la compétence et l'investissement des transporteurs sanitaires et à promouvoir le recours à des véhicules 100 % électriques.

Tableau 2 Répartition des dépenses de transports sanitaires par financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	6343,1	93,8
État	27,3	0,4
Organismes complémentaires	190,1	2,8
Ménages	202,6	3,0
Ensemble	6763,0	100,0

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 2023, celle-ci finance 93,8 % 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 2023, les dépenses de transports sanitaires au profit de patients en ALD s'élèvent à 1,6 milliard d'euros.

En 2023, l'État prend en charge 0,4 % de la dépense et les organismes complémentaires 2,8 %. Le reste à charge des ménages s'établit à 3,0 % de la dépense, soit 203 millions d'euros en 2023.

Sur longue période, la part de la dépense de transports sanitaires à la charge des ménages augmente de 1,7 % en 2013 à 3,0 % en 2023. *A contrario*, celle des organismes complémentaires diminue légèrement, de 4,5 % en 2013 à 2,8 % en 2023. ■

Pour en savoir plus

> **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2023, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Proposition de l'Assurance maladie pour 2024.*

Les biens médicaux

En 2023, la consommation de médicaments en ambulatoire s'établit à 33,4 milliards d'euros, soit 13,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle augmente pour la troisième année consécutive (+3,1 %) après six années de baisse de 2014 à 2020 (-1,2 % par an en moyenne). Cette hausse est soutenue par le dynamisme de la consommation en volume (+7,8 %), alors que les prix continuent de baisser (-4,4 %) en raison notamment de l'accroissement des remises conventionnelles. Les trois quarts des dépenses de médicaments en ambulatoire sont prises en charge par la Sécurité sociale.

Les dépenses de prévention réalisées par les pharmaciens s'élèvent à 1,2 milliard d'euros en 2023, un montant en forte baisse avec le reflux de l'épidémie de Covid-19.

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

La consommation de médicaments en ambulatoire correspond aux délivrances de médicaments en tant que soins de ville, c'est-à-dire ni dans le cadre d'une hospitalisation ni dans celui d'un hébergement en établissement médico-social. Elle comprend les médicaments délivrés en pharmacie de ville ainsi que la rétrocession hospitalière, c'est-à-dire les médicaments délivrés à l'hôpital aux personnes non hospitalisées. Les dépenses de médicaments incluent les émoluments des pharmaciens (honoraires, rémunérations forfaitaires¹), car elles sont principalement rattachables à l'activité de délivrance de médicaments. La consommation de médicaments est mesurée toutes taxes comprises et après déduction des remises conventionnelles à l'Assurance maladie. 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 2023, la consommation de médicaments en ambulatoire s'élève à 33,4 milliards d'euros, en hausse de 3,1 % par rapport à 2022 (*tableau 1*). Elle augmente pour la troisième année consécutive (+3,4 % en 2021, +5,1 % en 2022), après une baisse quasi continue entre 2014 et 2020 (-1,2 % en moyenne annuelle).

La progression enregistrée en 2023 résulte d'abord d'un effet volume de médicaments vendus (+7,8 %) particulièrement élevé, comme en 2022. Cette hausse en volume ne s'explique pas par l'évolution du nombre de boîtes de médicaments remboursables délivrées en pharmacie de ville, qui diminue

de 1,1 % en 2023, principalement en raison d'une baisse des ventes d'antalgiques. Il reflète l'effet de l'innovation et la déformation de la répartition des dépenses par type de médicament en faveur de spécialités plus récentes et plus coûteuses.

L'augmentation en volume s'explique surtout par une forte progression des dépenses dans quelques classes thérapeutiques spécifiques : les traitements du cancer, de la mucoviscidose, de la sclérose en plaques, de l'hypercholestérolémie ou du diabète.

La montée en charge de plusieurs traitements innovants soutient aussi la dynamique des dépenses : les dépenses de tafamidis (Vyndaquel® et Vyndamax®), traitement de l'amylose cardiaque, augmentent de 180 millions d'euros, celles de dupilumab (Dupixent®) pour la dermatite atopique sévère de 110 millions d'euros, celles des médicaments à base d'ivacaftor pour la mucoviscidose (Orkambi®, Kalydeco®, Kaftrio® et Symkevi®) de 100 millions d'euros. D'autres traitements innovants provoquent une importante hausse des dépenses en 2023, dans l'hémophilie (Hemlibra®), le diabète (Forxiga®), la polyarthrite rhumatoïde (Aubagio®), ou la sclérose en plaques (Gilenya®, Kesimpta®).

La baisse des prix des médicaments est de 4,4 %, ce qui correspond à la tendance baissière observée lors de la précédente décennie (-4,4 % par an entre 2012 et 2022² [*graphique 1*]). Pour les médicaments remboursables (neuf dixièmes des dépenses), la baisse des prix a été plus importante que les années précédentes (-5,2 % contre -4,8 % par an en moyenne entre 2012 et 2022). Pour les médicaments non remboursables, les prix sont libres ; ils ont fortement augmenté en 2023, avec une évolution de 5,3 % après 1,8 % en 2022.

¹ Y compris le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) versé aux pharmaciens d'officine affectés par la crise sanitaire en 2020.

² La diminution du prix des spécialités remboursables n'est pas parfaitement appréhendée du fait du mode de

calcul de l'indice (à qualité constante) (*annexe 4*) mais elle retrace l'effet des actions entreprises pour maîtriser les prix.

L'effet prix intègre la progression des remises conventionnelles¹ qui viennent minorer les dépenses. Le montant de ces remises a plus que décuplé en dix ans, passant sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) de 0,3 à 5,0 milliards d'euros entre 2013 et 2023, les remises à la première boîte² étant aujourd'hui majoritaires en valeur. En 2023, les remises conventionnelles augmentent encore fortement, de 1,2 milliard d'euros par rapport à 2022 (+33 %)³. Cette progression se traduit par un découplage croissant entre le prix facial des médicaments et le prix réel pour le système de santé.

Les honoraires de dispensation augmentent de 4,2 % cette année. Les autres honoraires et actes réalisés par les pharmaciens sont des réalisations de tests (angine, etc.) et des entretiens avec les

patients. Ces dépenses augmentent en 2023, notamment par suite de la convention nationale des pharmaciens de mars 2022, qui a élargi les compétences du pharmacien avec, notamment, un nouvel entretien pour les femmes enceintes sur la prise de médicaments pendant la grossesse.

Les rémunérations forfaitaires perçues par les pharmacies s'élèvent à 0,2 milliard d'euros et correspondent aux indemnités d'astreinte pour la permanence pharmaceutique et à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Enfin, le montant de franchises médicales s'appliquant aux délivrances de boîtes de médicaments est stable (689 millions d'euros, soit +0,4 % par rapport à 2022).

Tableau 1 Consommation de médicaments en ambulatoire et autres rémunérations des pharmaciens

	En millions d'euros		
	2021	2022	2023
Ensemble	30 846	32 420	33 415
Dépenses de médicaments	30 596	32 187	33 196
Médicaments remboursables			
délivrés en pharmacie, avec prescription	24 050	26 072	28 166
délivrés en pharmacie, sans prescription ou non présentés au remboursement	762	841	844
délivrés en pharmacie, honoraires de dispensation	3 924	4 078	4 248
Rétrocédés	2 565	2 356	2 287
Médicaments non remboursables	2 355	2 598	2 652
Remises conventionnelles	-3 061	-3 759	-5 002
Rémunérations forfaitaires et actes des pharmaciens	251	233	219
Rémunérations forfaitaires pharmaciens (permanence des soins, ROSP, DIPA...)	250	231	215
Actes des pharmaciens (tests rapides, entretiens...)	1	2	4
Évolution du total (en %)			
Dont prix (en %)	-3,4	-3,4	-4,4
Dont volume (en %)	7,0	8,8	7,8

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique ; DIPA : dispositif d'indemnisation de la perte d'activité.

Note > Ces montants sont plus élevés que ceux présentés dans la fiche 13. En effet, ces derniers sont restreints aux ventes en pharmacie 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 13 porte sur la France métropolitaine et les prix catalogue hors taxes, ce qui exclut les marges des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens, les taxes et les remises commerciales aux pharmaciens mais aussi les remises conventionnelles payées par l'industrie pharmaceutique.

Note > Les tests de dépistage du Covid-19 et l'ensemble des vaccins sont comptabilisés parmi les dépenses de prévention ; ils ne font pas partie du poste de la consommation de médicaments en ambulatoire et sont absents de ce tableau.

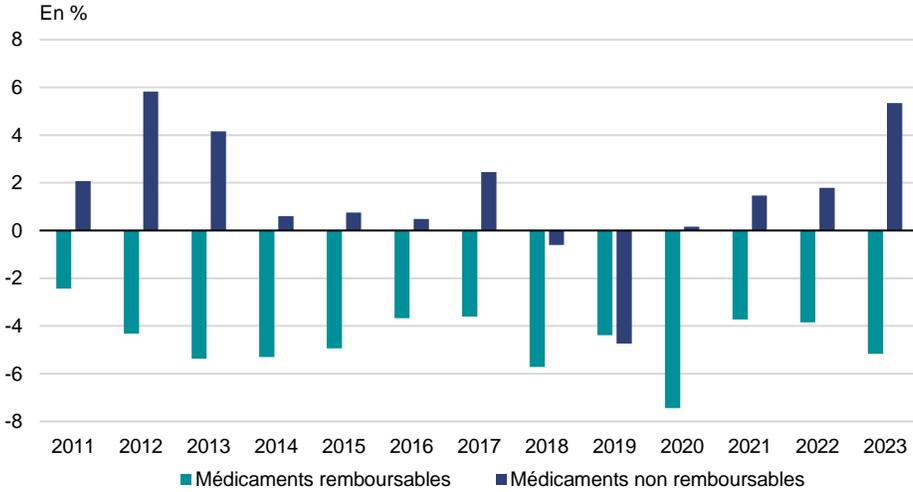
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

¹ 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 pour les médicaments avant autorisation mise sur le marché (accès précoce et compassionnel) sont prises en compte, les autres remises étant comptabilisées comme des impôts.

² 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.

³ Les remises sur les médicaments délivrés en ville (pharmacies de ville et rétrocession hospitalière) sont comptabilisées au sein de la consommation de soins depuis l'édition 2022 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.

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 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 2023, l'indice de prix des médicaments remboursables diminue de 5,2 %, celui des médicaments non remboursables augmente de 5,3 %.

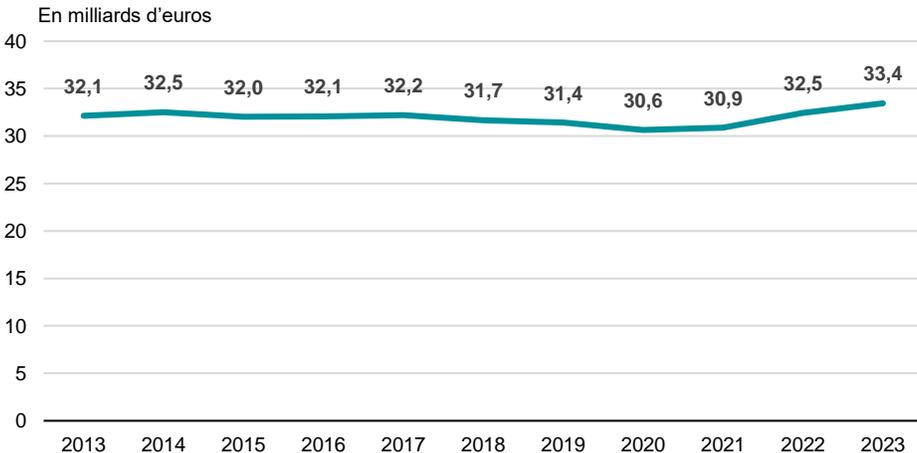
Source > Insee ; calculs DREES.

10 % des dépenses de médicaments en ambulatoire ne sont pas remboursées

Une fois déduites les remises conventionnelles, les médicaments présentés au remboursement représentent près de 90 % des achats de médicaments en

ambulatoire (tableau 1). Les dépenses non présentées au remboursement s'élèvent à 3,5 milliards d'euros en 2023, dont 2,7 milliards pour les médicaments non remboursables et 0,8 pour les médicaments remboursables, achetés sans prescription ou non présentés au remboursement.

Graphique 2 Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises conventionnelles et rétrocession hospitalière)



Lecture > En 2023, la consommation de médicaments en ambulatoire s'élève à 33,4 milliards d'euros.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En 2023, la Sécurité sociale¹ finance 75,7 % de la dépense de médicaments en ambulatoire (*tableau 3*). L'État en prend en charge 0,4 % et les organismes complémentaires 11,5 %. Le reste à charge des ménages représente 12,4 % de la dépense, soit 4,1 milliards d'euros.

Entre 2013 et 2023, la part des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires a baissé (-3,0 points), de même que celle restant à la charge des ménages (-1,0 point). En parallèle, la part des administrations publiques (Sécurité sociale et État) a progressé de 4,0 points. Cette bascule s'explique, pour une grande partie, par le

pois croissant de certaines classes thérapeutiques dont le taux de remboursement moyen 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 de pharmaciens

Au 1^{er} janvier 2023, 73 400 pharmaciens sont en activité et inscrits à l'Ordre des pharmaciens. Sur la période récente, les effectifs sont restés pratiquement stables (73 600 en 2013).

Tableau 2 Consommation de médicaments en ambulatoire et de la liste en sus en 2023

En millions d'euros

Consommation de médicaments en ambulatoire et en hôpital facturé en sus (y compris remises)									
38 281									
Médicaments délivrés en ambulatoire				Médicaments facturés par les hôpitaux en sus des séjours					
33 196				5 084					
Achats de médicaments en ambulatoire avant remises				Remises conventionnelles		Médicaments en sus avant remises		Remises conventionnelles	
38 198				-5 002		8 367		-3 283	
présenté au remboursement		non présenté au remboursement							
Pharmacie de ville	32 415	Pharmacie de ville	3 496	Pharmacie de ville	-5 002	Hôpital public	6 982	Hôpital public	-2 742
Pharmacie hospitalière	2 287					Cliniques privées	1 385	Cliniques privées	-540

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de médicaments par financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	25 308	75,7
État	134	0,4
Organismes complémentaires	3 837	11,5
Ménages	4 137	12,4
Ensemble	33 415	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Hors ambulatoire, les dépenses de médicaments « en sus », à l'hôpital, s'élèvent à 5,1 milliards d'euros en 2023, les dépenses de prévention à 1,2 milliard

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

intra-GHS ne sont pas observées par les comptes de la santé à ce jour. Les dépenses de médicaments de la liste en sus s'élèvent à 5,0 milliards d'euros en 2023 (*tableau 2*), soit 8,3 milliards d'euros de dépenses au prix facial moins 3,3 milliards d'euros de remises conventionnelles. Ainsi, dans ce secteur aussi, les remises prennent une place croissante, attestant là aussi d'une déconnexion progressive du prix facial et du prix réel pour le système de santé. Ce montant inclut les médicaments sous le régime dérogatoire de prise en charge

¹ Jusqu'en 2020, la complémentaire santé solidaire (C2S) était financée directement par l'État. À partir de

2021, le financement de la C2S est assuré par la Sécurité sociale.

de médicaments innovants avant leur autorisation de mise sur le marché (AMM)¹.

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.

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 1,2 milliard d'euros en 2023 (*tableau 4*).

Les dépenses d'actes réalisés dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 refluent nettement en 2023 par rapport à leur niveau de 2021 et de 2022. Dans l'ensemble (réalisation de tests antigéniques, vaccination contre le virus, délivrance d'autotests et de tests antigéniques), elles s'élèvent à 0,3 milliard d'euros cette année.

Hors Covid-19, les dépenses de délivrance de vaccins en pharmacie de ville s'élèvent à 0,9 milliard d'euros en 2023, en forte hausse par rapport à 2022. Cette progression s'explique surtout par les vaccinations contre la méningite B (dont la recommandation est inscrite dans le calendrier vaccinal depuis avril 2022) et contre les papillomavirus.

Les dépenses de vaccination par les pharmaciens augmentent en 2023 (46 millions d'euros soit +7 millions d'euros par rapport à 2022). Les compétences de vaccination des pharmaciens ont été étendues en juillet 2023 en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023. ■

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

En millions d'euros

	2021	2022	2023
Prévention	2 792	2 857	1 223
Délivrance de vaccins (hors Covid-19)	618	754	922
Administration de vaccins (hors Covid-19)	29	39	46
Administration de vaccins (Covid-19)	190	179	79
Réalisation de tests antigéniques (Covid-19)	1 049	1 009	93
Délivrance de tests antigéniques et d'autotests (Covid-19)	906	877	82

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Millien, C.,** (2019, mars). 8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée. DREES, *Études et Résultats*, 1110.
- > **NèreS** (2024, janvier). *Baromètre 2023 des produits de santé et de prévention de premier recours en pharmacie*.
- > **Comité économique des produits de santé** (2024, janvier). *Rapport d'activité 2022*.
- > **Anguis, M., et al.** (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.
- > **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.** Applicatif de datavisualisation [Démographie des professionnels de santé](#).

¹ Début juillet 2021, ce régime a été refondu : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et recommandations temporaires d'utilisation 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.

En 2023, les pharmacies d'officine ont acheté pour 27,0 milliards d'euros de médicaments (valorisés au prix hors taxes) auprès des laboratoires pharmaceutiques, soit 6 milliards d'euros de plus que quatre ans auparavant. Cette dépense est essentiellement composée de médicaments remboursables, en forte hausse par rapport à 2022 (+7,6 %), portée par les médicaments remboursés à 65 % (+8,8 %). Les médicaments inscrits au répertoire des génériques représentent plus de la moitié des boîtes de médicaments remboursables vendues et presque 30 % du chiffre d'affaires. Par ailleurs, le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables, de 2,1 milliards d'euros, est en hausse de 5,9 % par rapport à 2022.

En 2023, le marché des médicaments vendus aux officines se compose de 13 300 présentations¹ de médicaments différentes pour un chiffre d'affaires (CA) de 27,0 milliards d'euros en France métropolitaine (tableau 1). Ce champ est plus restreint que celui de la fiche 12, en termes de périmètre (uniquement l'activité des pharmacies d'officine) et des dépenses prises en compte (ici hors taxes, remises et dispensations des pharmaciens) [encadré 1].

Une hausse marquée du chiffre d'affaires des médicaments vendus aux officines en 2023

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 et de 10,3 % en 2022, le CA continue de croître fortement en 2023 (+7,5 %). Le marché a ainsi progressé de 6 milliards d'euros en quatre 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 7,6 % en 2023, atteignant un montant de 24,9 milliards d'euros. Après une période de relative stabilité, entre 18 et 19,5 milliards d'euros entre 2013 et 2020, 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 (Commission des comptes de la sécurité sociale, 2024).

Le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables, en hausse de 5,9 % par rapport à 2022, retrouve son niveau de 2,1 milliards d'euros de 2017. Hormis les années 2020 et 2021, marqués par la pandémie de Covid-19, ce chiffre d'affaires oscille entre 1,9 et 2,1 milliards d'euros depuis 2017.

Tableau 1 Ventes de médicaments aux officines

En milliards d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des médicaments	20,0	20,0	20,1	20,1	20,6	21,0	21,2	22,8	25,1	27,0
Évolution (en %)	-2,0	0,1	0,2	0,3	2,5	2,0	0,6	7,7	10,3	7,5
Médicaments non remboursables	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7	2,0	2,1
Évolution (en %)	-3,0	7,1	2,1	1,6	-4,8	-5,5	-11,9	-0,8	18,0	5,9
Médicaments remboursables	18,1	18,0	18,0	18,0	18,6	19,1	19,5	21,1	23,2	24,9
Évolution (en %)	-1,9	-0,6	-0,1	0,1	3,3	2,8	1,9	8,4	9,7	7,6

Champ > Chiffre d'affaires des ventes aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.
Source > GERS, calculs DREES.

¹ La présentation est le niveau le plus fin de la définition d'un médicament qui tient compte de la substance active, du dosage, de la voie d'administration et du conditionnement.

Encadré 1 Les médicaments : de la vente aux officines à la vente aux patients

Cette fiche porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants en France métropolitaine, *i.e.* des ventes des laboratoires pharmaceutiques auprès des pharmacies de ville (officines), par l'intermédiaire de grossistes-répartiteurs (à hauteur de 80 % du chiffre d'affaires global) ou directement auprès des laboratoires (pour les 20 % du chiffre d'affaires global restants) [tableau 2]. Les montants sont présentés hors taxes, hors remises commerciales, hors remises conventionnelles à l'Assurance maladie et hors honoraires de dispensation des pharmaciens. Par ailleurs, les stocks de médicaments présents dans les officines ne sont pas recensés. Les montants ne comprennent pas non plus les ventes de médicaments rétrocedés, à savoir les médicaments délivrés par les pharmacies à usage intérieur et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires.

À l'inverse, les montants présentés dans la fiche 12, qui correspondent à la consommation de médicaments par les ménages de la France entière, comprennent les dépenses de médicaments délivrés en officine et de médicaments rétrocedés, ainsi que les émoluments des pharmaciens (les honoraires de dispensation et les rémunérations forfaitaires). Les montants de la fiche 12 sont exprimés toutes taxes comprises et après remises conventionnelles à l'Assurance maladie.

Tableau 2 Les médicaments, de la vente aux officines à la vente aux patients, en 2023

	Vente de médicaments aux officines	Consommation ambulatoire de médicaments délivrés en officine
Médicaments remboursables	24,9	33,5
Médicaments non remboursables	2,1	2,7
Total	27,0	36,1

Champ > Chiffre d'affaires des ventes aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.

Source > GERS, calculs DREES ; DREES, comptes de la santé.

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

Les médicaments remboursés au taux de 65 % par la Sécurité sociale¹, dont le service médical rendu est considéré comme majeur ou important, représentent 60,0 % du chiffre d'affaires total en 2023. La vente de ces médicaments aux officines augmente de 1,3 milliard d'euros (soit +8,8 %) entre 2022 et 2023.

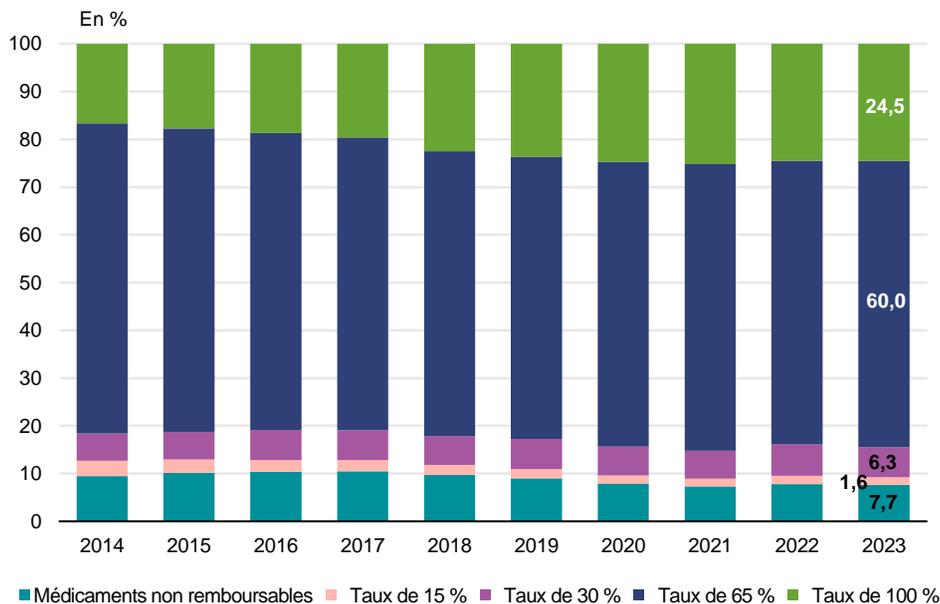
Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, reconnus comme irremplaçables et coûteux, prescrits notamment en cas de pathologies lourdes et graves, connaît également une forte hausse en 2023 (+456 millions d'euros, soit +7,4 %) mais ne représente que 24,5 % du chiffre d'affaires total. Cette hausse s'explique notamment par l'augmentation du chiffre d'affaires de médicaments anticancéreux et antihémorragiques dans le traitement de l'hémophilie. La part de marché des médicaments intégralement remboursés a augmenté de 8 points depuis 2014, passant de 16,7 % cette année-là à 24,5 % en 2023 (graphique 1).

Les chiffres d'affaires des médicaments remboursés à 15 % et à 30 %, qui ne pèsent au total que 7,9 % du chiffre d'affaires des médicaments, évoluent plus faiblement en 2023. Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 30 % est en hausse de 1,3 %. Cependant, certaines substances actives augmentent fortement comme le sémaglutide (traitement contre le diabète), plus important chiffre d'affaires parmi les médicaments remboursés à 30 %. Ainsi, après une augmentation de 50 % en 2022, les médicaments contenant du sémaglutide progressent de 61 % en 2023. À l'inverse, le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 15 % est en baisse de 3,2 %, ainsi que d'une diminution des volumes du même ordre de grandeur. Cette baisse s'explique notamment par la baisse continue au cours de l'année 2023 des volumes commandés par les officines de ville des quelques médicaments contenant de la vildagliptine ou de la metformine, indiqués dans le traitement du diabète de type 2 chez l'adulte.

¹ Les 35 % restants sont financés par les ménages, et/ou par leur complémentaire santé éventuelle. Les bénéficiaires de contrat complémentaire responsable sont couverts en intégralité (à l'exception de la franchise médicale non remboursable de 0,50 euro par

boîte avant 2024) dans le cas des médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale ; 95 % d'entre eux le sont pour les médicaments remboursés à 30 %, et 80 % d'entre eux pour les médicaments remboursés à 15 % (Lapinte, *et al.*, 2024).

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 aux prix catalogue hors taxes.

Lecture > En 2023, les médicaments remboursés à 100 % représentent 24,5 % du marché.

Champ > Chiffres d'affaires des ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS, calculs DREES.

Une légère progression des génériques en 2022

En 2023, plus d'un milliard de boîtes de médicaments génériques ont été achetées par les pharmacies d'officine. Les médicaments génériques¹ représentent 42,0 % des boîtes de médicaments remboursables vendues, 1 point de plus qu'en 2022, mais en hausse de plus de 10 points depuis 2014 (graphique 2). En revanche, après avoir oscillé entre 11 % et 13 % entre 2014 et 2019, la part des principes généricables est stable depuis 2020, aux alentours de 10 % ; ils représentent 10,2 % des boîtes de médicaments remboursables vendues en 2023. Au total, en 2023, les médicaments du répertoire générique représentent, en nombre de boîtes, 52 % des médicaments remboursables et presque 30 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (soit 7,4 milliards d'euros). Dans un contexte

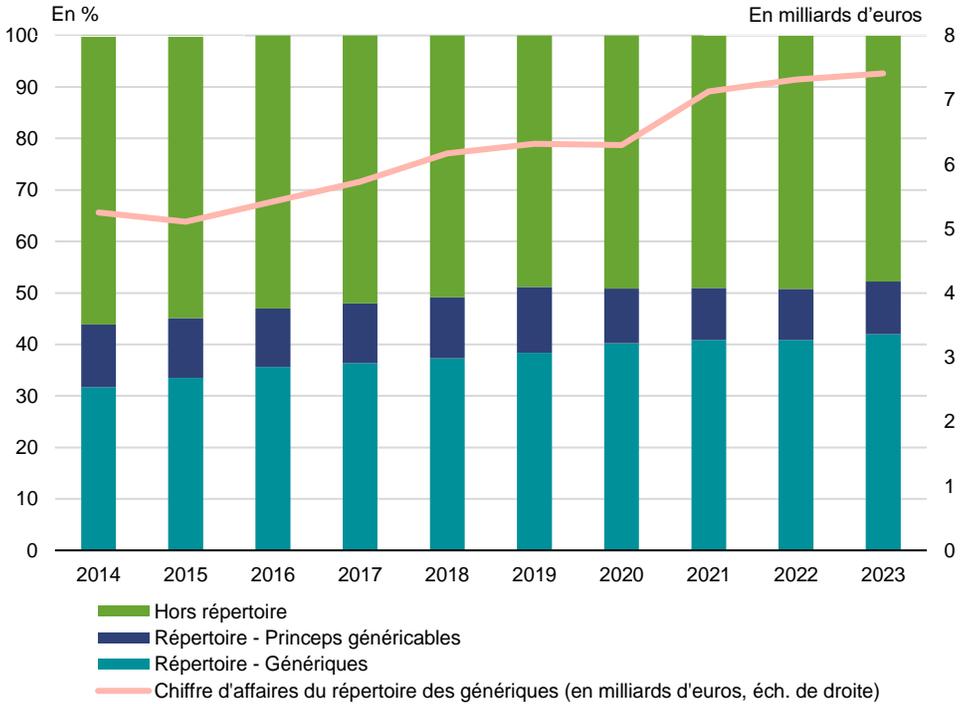
de marché des médicaments remboursables en expansion (+7,6 %), les médicaments génériques du répertoire progressent également fortement (+6,5 %) par rapport à 2022.

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 24,3 % de l'ensemble du répertoire en 2023. 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 principes généricables associés, alors que les médicaments génériques du répertoire non soumis au TFR enregistrent un chiffre d'affaires comparable aux principes généricables associés.

¹ Il est composé des médicaments de référence (principes généricables) et de ses médicaments génériques associés. Ils présentent l'intérêt de disposer pour tout principes d'un médicament générique moins onéreux substituable.

² Lorsque les génériques sont insuffisamment prescrits au sein d'un groupe générique, la base de remboursement du principe 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.

Graphique 2 Ventilation du nombre de boîtes des médicaments remboursables et CA des médicaments du répertoire générique

Lecture > En 2023, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 52,2 % du nombre de boîtes vendues, dont 42,0 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 7,41 milliards d'euros.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.

Source > GERS, calculs DREES.

Une part de marché des molécules plus récentes en recul depuis deux ans

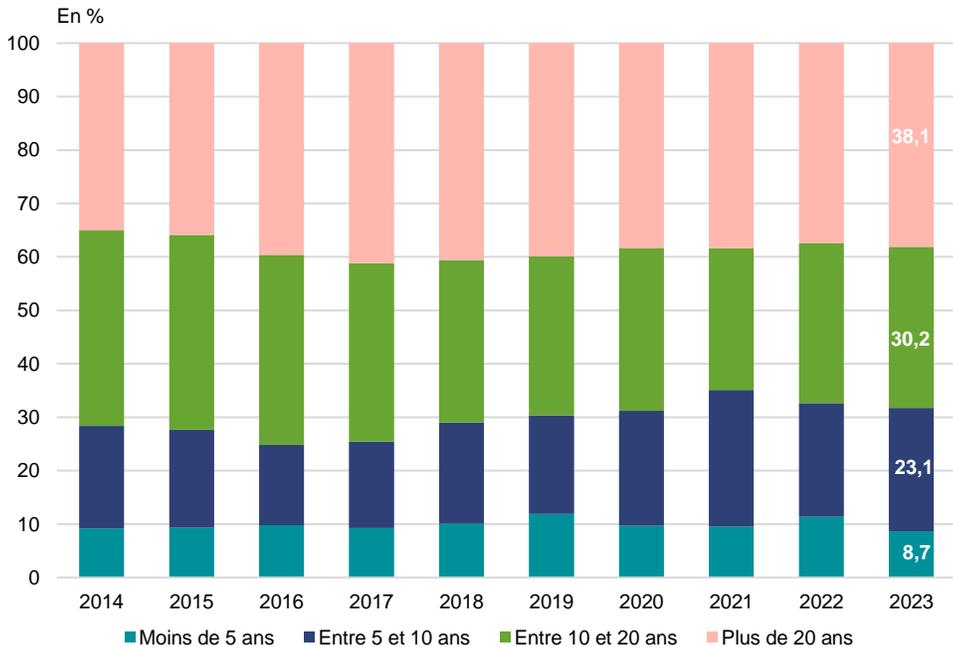
En 2023, les médicaments âgés¹ de plus de 20 ans représentent 38,1 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (*graphique 3*), suivis par ceux mis sur le marché depuis 10 à 20 ans (30,2 % du marché). Cela s'explique par les volumes très importants vendus, et non par les prix unitaires bien plus faibles que ceux des médicaments de moins de 10 ans. Le prix d'une boîte de médicaments âgé de 20 ans ou plus est dix fois moins élevé qu'un médicament de 10 à 20 ans, en moyenne.

Les médicaments de moins de 10 ans comptent pour près d'un tiers du chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus aux officines. Ils sont en recul pour la deuxième année consécutive (-3,4 points par rapport à 2021) alors qu'ils étaient en progression constante depuis 2016 (24,8 % cette année-là). ■

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.

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 2023, les médicaments âgés de 20 ans ou plus représentent 38,1 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine.

Source > GERS, calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2023, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2024, mai). Le marché du médicament en 2023-Éclairage 3.1. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024*.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2024, janvier). *Rapport d'activité 2022*.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R.** (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Fiche 25 - La prise en charge des médicaments. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

En 2023, la consommation d'optique médicale s'élève à 8,1 milliards d'euros, soit 3,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Après avoir bondi en 2021 (+16,9 %) et s'être stabilisée en 2022, elle accélère de nouveau en 2023, augmentant de 8,0 %. Les organismes complémentaires en financent les deux tiers et les ménages 30 %.

La consommation d'optique médicale augmente de 8 % en 2023

La consommation d'optique médicale¹ accélère fortement en 2023 à +8,1 % (après +0,2 % en 2022), pour s'établir à 8,1 milliards d'euros (tableau 1). L'augmentation de la consommation d'optique médicale en 2023 est portée aux deux tiers par l'effet volume (+5,5 %, après -0,6 % en 2022) et à un tiers par l'effet prix (+2,4 %, après +0,8 % en 2022).

En valeur, la consommation augmente au même rythme pour les verres et lentilles (+8,1 %) et les montures (+8,7 %). Dans les deux cas, la hausse s'explique d'abord par un effet volume (+7,4 % pour les montures, +5,2 % pour les verres comme pour les lentilles). L'effet prix est plus limité pour les montures (+1,3 %), que pour les verres et les lentilles (+2,8 %).

Ce dynamisme de la consommation d'optique médicale pourrait s'expliquer par une fréquence de renouvellement accrue. Ce phénomène est encouragé par la réforme du 100 % santé et s'explique aussi par les innovations technologiques du secteur. Tendanciellement, la consommation d'optique médicale croît également en raison du vieillissement de la population, qui a pour conséquence l'augmentation de la prévalence des troubles visuels.

Le 100 % santé a mis en place, depuis 2020, un remboursement total d'un ensemble de verres et de montures, appelé « panier A ». En 2023, 6,0 % de la dépense de verres et de montures se porte sur le panier A (encadré 1), soit 0,3 point de plus qu'en 2022 (5,7 %). Le panier A représente 6,9 % de la consommation totale des verres, contre 3,6 % pour les montures. Les patients privilégieraient davantage le panier B (pour lequel les prix sont libres) pour les montures, afin d'avoir accès à des montures jugées plus esthétiques et confortables.

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

En millions d'euros

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Consommation totale	6 266	7 091	6 427	7 512	7 524	8 124
Verres	3 806	4 405	4 161	4 845	4 857	5 250
Montures	1 744	1 963	1 670	1 904	1 879	2 043
Lentilles	716	723	597	763	788	831
Évolution (en %)	0,3	7,7	-9,4	16,9	0,2	8,0
Dont volume (en %)	-0,2	7,2	-9,9	16,4	-0,6	5,5
Dont prix (en %)	0,4	0,5	0,6	0,4	0,8	2,4

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

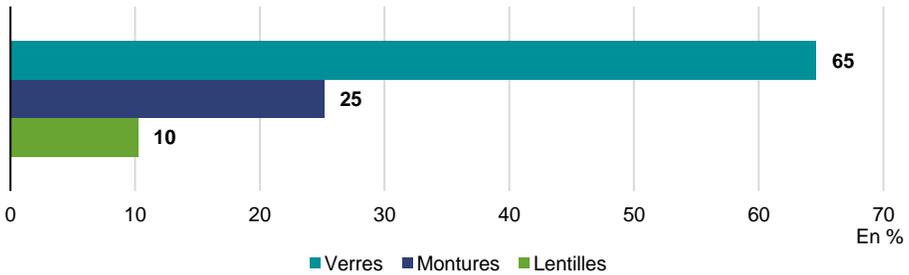
Les verres représentent les deux tiers de la consommation d'optique médicale

Les verres représentent 65 % de la dépense d'optique médicale en 2023, les montures 25 % et les lentilles 10 % (graphique 1).

Cette structure est stable depuis 2021 et s'est peu déformée depuis une dizaine d'années : la part des montures dans la consommation d'optique médicale était de 28 % 2013 et celle de verres de 61 %.

¹ La consommation d'optique médicale correspond aux dépenses de verres, de montures et de lentilles en ville y compris dépenses d'entretien et de réparation et éventuels suppléments facturés (par exemple les verres teintés). Ces suppléments représentent 7 millions d'euros

en 2023, qui expliquent les écarts entre les montants présentés dans cette fiche et les montants présentés dans la fiche 22.

Graphique 1 Répartition de la consommation d'optique médicale en 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires financent deux tiers de la consommation d'optique médicale

La base de remboursement de la Sécurité sociale sur les verres et montures étant très faible (15 centimes hors panier A du 100 % santé) par rapport au prix effectif, 87 % (7,0 milliards d'euros) de la dépense d'optique médicale s'explique par la liberté tarifaire. Les dépenses non remboursables représentent 10 % (0,8 milliard d'euros) de la dépense totale d'optique médicale.

Les administrations publiques (essentiellement la Sécurité sociale) financent 3,5 % de la dépense d'optique médicale. Les dépenses restantes sont

principalement financées par les organismes complémentaires, qui en prennent en charge 66,1 % (tableau 2). Cette part prise en charge par les organismes complémentaires est nettement supérieure à celle sur les autres postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La structure de financement de l'optique médicale reste relativement stable depuis 2020 et l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé.

Les verres et montures du panier A du 100 % santé sont financés à 63 % par la Sécurité sociale et à 37 % par les organismes complémentaires. Cette structure de financement est la même pour les verres et les montures. Elle est stable par rapport à 2022. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de soins d'optique par type de financeur en 2023

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	287	3,5
État	0	0,0
Organismes complémentaires	5 371	66,1
Ménages	2 465	30,3
Ensemble	8 124	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 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). La réforme du 100 % santé vise à garantir l'accès à des verres et à des montures sans reste à charge, dites du « panier A ». Les lentilles correctrices ne sont pas concernées par ce dispositif et n'entrent pas dans le panier A.

La consommation d'optique médicale mesurée dans les comptes de la santé n'inclut pas la consommation de lunettes solaires de vue non remboursables et de lentilles esthétiques, considérée comme hors du champ des dépenses de santé.

La consommation de dispositifs médicaux hors optique médicale représente 13,0 milliards d'euros en 2023, soit 5,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle ralentit nettement en 2023, sous l'effet de la chute de la consommation de masques (-83,1 %). Le matériel médical, les prothèses, orthèses et les véhicules pour personnes handicapées physiques sont majoritairement pris en charge par l'Assurance maladie. Les organismes complémentaires financent l'essentiel des dépenses d'audioprothèses, du fait d'un différentiel important entre la dépense effective et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

La consommation de dispositifs médicaux hors optique médicale décélère à nouveau en 2023

La consommation de dispositifs médicaux hors optique médicale¹ en ville² augmente de 0,8 % en 2023, atteignant un montant de 13,0 milliards d'euros (tableau 1). Elle continue de ralentir en 2023, après deux années de forte croissance (+9,1 % en 2020 et 2021, suivis de +3,4 % en 2022). Le ralentissement de 2023 est dû à l'effondrement de la consommation de masques (-83,1 % entre 2022 et 2023). Hors masques, la consommation de dispositifs médicaux augmente plus nettement en 2023 (+3,9 % hors optique), portée par la dynamique des prothèses et orthèses, qui progresse de 10,1 %. En 2023, la consommation de dispositifs médicaux hors optique médicale est supérieure de près de 25 % à son niveau de 2019.

En 2023, les prix des dispositifs médicaux accélèrent légèrement (+2,0 % après +0,3 % en 2022) après une très forte baisse en 2021 (-15,6 %) en raison de la chute du prix des masques cette année-là (estimée à -82,0 %). En 2023, la hausse des prix est portée par celle des pansements et nutriments, estimée à +5,8 %.

En 2023, la consommation des dispositifs médicaux recule en volume pour la première fois depuis 2012, conséquence de l'effondrement des achats de masques (-83,3 % en volume) et de la baisse de la consommation des pansements et nutriments (-10,6 % en volume).

Tableau 1 Consommation des dispositifs médicaux, hors optique médicale

	En millions d'euros					
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Consommation totale	7 845	10 490	11 441	12 484	12 908	13 030
Matériel et consommables	5 268	6 845	7 922	7 864	8 244	8 060
Matériel chirurgical et appareils	3 164	4 426	4 658	4 923	5 103	5 428
Masques	nd	nd	855	475	434	73
Pansements et nutriments	2 103	2 419	2 408	2 465	2 707	2 559
Prothèses et orthèses	1 366	1 895	1 796	2 052	2 122	2 337
Audioprothèses	841	1 224	1 239	2 021	1 974	2 032
Véhicules pour personnes handicapées physiques	370	527	485	548	569	601
Évolution (en %)	6,5	2,9	9,1	9,1	3,4	0,9
Dont volume (en %)	6,2	2,5	3,5	29,4	3,1	-1,1
Dont prix (en %)	0,2	0,4	5,4	-15,6	0,3	2,0

nd : non disponible.

Note > Avant 2020, la consommation de masques n'est pas identifiée à part, elle est enregistrée avec la consommation de pansements et nutriments.

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

¹ La dépense d'optique médicale représente, en 2023, 38 % de la dépense totale en dispositifs médicaux (fiche 14). Les autotests du Covid-19 et du VIH ne sont pas inclus dans la consommation de dispositifs médicaux, en cohérence avec les définitions internationales, qui préconisent de classer leur consommation en tant que dépenses de prévention. En 2023, les dépenses d'autotests du Covid-19 y compris tests antigéniques s'élèvent à 175 millions d'euros (fiche 21). Contrairement à la fiche 22, les dépenses d'audioprothèses présentées ici incluent les dépenses d'accessoires pour l'entretien des

audioprothèses : celles-ci s'établissent à 38 millions d'euros en 2023.

² La consommation de dispositifs médicaux présentée ici exclut ceux consommés à l'hôpital : dispositifs médicaux dits intra-groupes homogènes de malades (intra-GHM) et dispositifs médicaux facturés en sus. La consommation des dispositifs en sus s'élève, en 2023, à 2,3 milliards d'euros, portée par les implants orthopédiques et vasculaires (Comité économique de l'hospitalisation publique et privée, 2024). Les dépenses de dispositifs intra-GHM ne sont pas observables à ce jour.

La consommation de masques s'affaïsse en 2023

Les matériels et consommables représentent un peu moins des deux tiers de la dépense en dispositifs médicaux en ville (62 %) ; les prothèses et orthèses 18 % ; les audioprothèses 16 % et les véhicules pour personnes handicapées physiques (VHP) les 5 % restants.

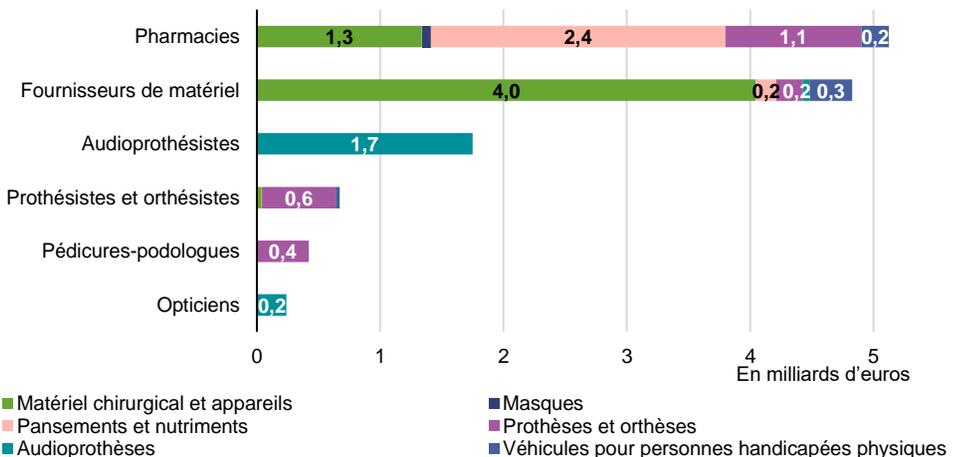
La catégorie des matériels et consommables est très vaste et inclut notamment les matériels et équipements de traitement et maintien à domicile (lits médicaux, perfusions, etc.), les tire-lait, les dispositifs contraceptifs (féminins et préservatifs masculins), les tests de grossesse, les pansements et compresses, les seringues, les nutriments oraux et pour nutrition entérale, les produits d'origine humaine, et les masques (chirurgicaux et FFP2). La consommation de ces produits diminue en valeur de 2,2 % en 2023. Ce recul est dû à la chute des masques (qui représentent 1 % des matériels et consommables en 2023, contre 5 % en 2022) et, dans une moindre mesure, à la baisse des pansements et nutriments (32 % des matériels et consommables), dont la consommation diminue de 5,5 % en 2023. Hors masques, la consommation des matériels et consommables augmente de 2,3 % en 2023.

Les prothèses et orthèses regroupent des dispositifs internes ou externes de compensation ou de remplacement des fonctions corporelles (implants, prothèses externes, postiches capillaires, prothèses mammaires, oculaires, etc.). La consommation accélère en 2023 (+10,1 %), après un ralentissement en 2022 (+3,4 % contre +14,3 % en 2021).

Les audioprothèses rassemblent tous les appareils auditifs correcteurs de surdité. En 2021, la consommation d'audioprothèses avait bondi (+63,1 %) du fait de la réforme du 100 % santé, avant de se replier légèrement (-2,3 %) en 2022 (fiche 22). En 2023, la consommation repart à la hausse (+3,0 %), du fait d'un effet volume (+1,6 %) et d'un effet prix (+1,3 %). En 2023, les dépenses d'audioprothèses du panier 100 % santé baissent de 4,0 %. Les dépenses d'audioprothèses sont portées par le hors 100 % santé (+5,3 % en valeur), qui représentent 77 % de la consommation d'audioprothèses en 2023, une part en légère hausse par rapport à 2022 (76 %).

La consommation VHP réaccélère en 2023 (+5,6 %), après le ralentissement en 2022 (+3,8 %), qui faisaient lui-même suite au rebond de 2021 (+13,1 %) après la baisse de 2020, marquée par le début de la crise sanitaire. La hausse de la consommation de VHP s'explique essentiellement par un effet volume (+5,3 %).

Graphique 1 Répartition des fournisseurs de dispositifs médicaux hors optique médicale



Source > DREES, comptes de la santé.

Les pharmacies sont les premiers acteurs de la délivrance des dispositifs médicaux

Le marché des dispositifs médicaux hors optique est dominé par les pharmacies (39 % des ventes, soit 5,1 milliards d'euros) et les fournisseurs de matériel

(37 % des ventes, soit 4,8 milliards d'euros). Vient ensuite les audioprothésistes (13 %, 1,7 milliard d'euros) et les autres professionnels de santé spécialisés (graphique 1).

Les pharmacies dispensent 93 % des pansements et nutriments (y compris compresses, dispositifs d'autocontrôle du diabète, etc.), qui représentent près de la moitié (47 %) de leurs ventes en dispositifs médicaux.

Les trois quarts du matériel médical et des appareils (4,0 milliards d'euros) sont vendus par les fournisseurs de matériels (prestataires de respiration à domicile, artisans fabricant des prothèses, entreprises de vente de VHP, etc.). Ces derniers sont également les premiers vendeurs de VHP (58 % du marché, soit 350 millions d'euros environ).

L'essentiel de la consommation d'audioprothèses (1,7 milliards d'euros, soit 86 %) est délivré par les audioprothésistes, contre 11 % pour les opticiens (200 millions d'euros) et 3 % pour les fournisseurs de matériels. Les prothèses et orthèses sont vendues principalement par les pharmacies (47 % des ventes, soit 1,1 milliard d'euros). Mais elles sont également fournies par les prothésistes et orthésistes (26 % du marché), les pédicures-podologues (18 %) et les fournisseurs de matériel (9 %).

Plus des deux tiers de la dépense prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

En 2023, les dispositifs médicaux hors optique médicale sont pris en charge à 68,2 % par la Sécurité sociale, à 0,3 % par l'État et à 18,7 % par les organismes complémentaires (tableau 2). Les ménages financent les 12,9 % restants, soit 1,7 milliard d'euros.

Les trois principaux financeurs soutiennent assez différemment les dispositifs médicaux. La Sécurité sociale finance davantage le matériel et les consommables (81 %), ainsi que les prothèses et orthèses (63 %) mais une part plus réduite des audioprothèses (25 %). Les organismes complémentaires financent, quant à eux, une part importante des audioprothèses (48 %), ainsi que des prothèses et orthèses (31 %) mais seulement 11 % du matériel et des consommables. Ainsi, les ménages ne payent directement que 5 % des prothèses et orthèses, 11 % du matériel et des consommables, et 27 % des audioprothèses.

En dix ans, la part des dispositifs médicaux à la charge des ménages a baissé de 4,1 points, tandis que leur prise en charge par les organismes complémentaires a augmenté de 6,1 points.

Tableau 2 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux, hors optique médicale, par financeur en 2023

En millions d'euros

	Dispositifs médicaux		Matériel et consommables		Prothèses, orthèses et VHP		Audioprothèses	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 880	68,2	6 527	81,0	1 853	63,1	501	24,6
État	37	0,3	25	0,3	11	0,4	0	0,0
Organismes complémentaires	2 437	18,7	534	6,6	921	31,3	983	48,4
Ménages	1 676	12,9	975	12,1	153	5,2	548	27,0
Total	13 030	100,0	8 060	100,0	2 938	100,0	2 032	100,0

VHP : véhicules pour personnes handicapées physiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

La liberté tarifaire constitue 16 % de la consommation des dispositifs médicaux hors optique médicale, aux deux tiers du fait des audioprothèses

Les 4,1 milliards de dépenses de dispositifs médicaux non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale et État) peuvent être décomposés en trois blocs : la liberté tarifaire permise sur les dispositifs médicaux¹ (2,1 milliards d'euros en 2023), les franchises et ticket modérateur

(1,4 milliard d'euros) et, enfin, les dépenses non remboursables (700 millions d'euros) [fiche 16].

La liberté tarifaire représente 16 % des dépenses de dispositifs médicaux hors optique médicale, aux deux tiers du fait des seules audioprothèses. Près de 70 % des dépenses d'audioprothèses sont liées à la liberté tarifaire (1,4 milliard d'euros). Les dépenses non remboursables de dispositifs médicaux, qui correspondent à de l'achat sans prescription,

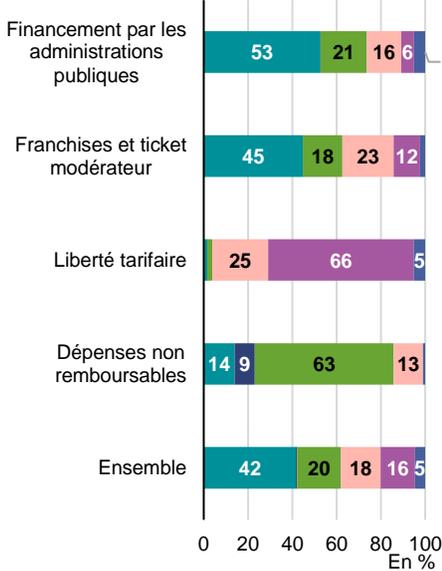
¹ La liberté tarifaire désigne l'écart, pour un dispositif médical remboursable donné, entre la dépense effective et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

sont surtout constituées de consommation de pansements et nutriments (63 %) : celles-ci s'établissent à 400 millions d'euros. Les dépenses de

masques sont très majoritairement non remboursables. ■

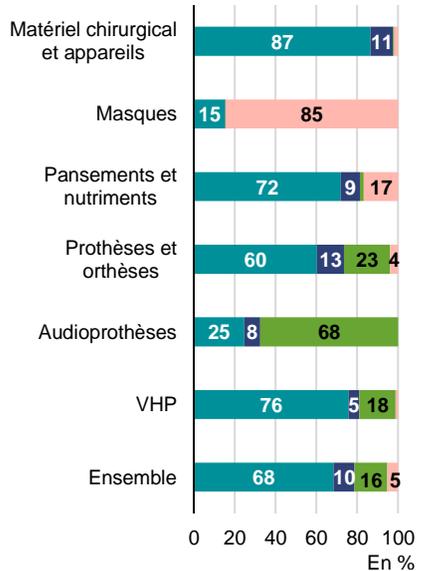
Graphique 2 Décomposition des dépenses de dispositifs médicaux, hors optique médicale, en ville en 2023

a. Par type de dépense



- Matériel chirurgical et appareils
- Masques
- Pansements et nutriments
- Prothèses et orthèses
- Audioprothèses
- Véhicules pour personnes handicapées physiques

b. Par type de dispositif médical



- Financement par les administrations publiques
- Franchises et ticket modérateur
- Liberté tarifaire
- Dépenses non remboursables

Note > Le financement par les administrations publiques inclut, en plus du financement de la part légale, les éventuelles situations de prise en charge des franchises et du ticket modérateur (patients en affection de longue durée par exemple).

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Comité économique de l'hospitalisation publique et privée (à paraître). *Rapport annuel 2024.*



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM ◀

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

L'Assurance maladie est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en 2023, elle prend en charge 79,5 % de la CSBM. Les organismes complémentaires constituent le second financeur, à hauteur de 12,4 % de la dépense. Le reste à charge des ménages, de nouveau en baisse en 2023, s'élève à 7,5 % de la CSBM. L'Assurance maladie finance principalement les soins hospitaliers. Les organismes complémentaires et les ménages financent plus particulièrement les biens médicaux, moins pris en charge par l'Assurance maladie, ainsi que les dépassements d'honoraires des professionnels de santé.

La structure du financement des dépenses de santé se stabilise en 2023

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec 79,5 % de la dépense prise en

charge en 2023, soit 198,0 milliards d'euros (tableaux 1 et 2). L'État¹ finance 0,6 % de la dépense (1,5 milliard d'euros), les organismes complémentaires (OC) 12,4 % (30,9 milliards d'euros) et les ménages 7,5 % (18,6 milliards d'euros).

Tableau 1 Dépenses de santé par financeur en 2023

En milliards d'euros

	Sécurité sociale	État	Organismes complémentaires	Ménages	Total
Soins hospitaliers	113,1	1,1	4,3	3,7	122,1
Soins de médecins et sages-femmes	19,3	0,1	4,5	2,3	26,2
Soins dentaires ¹	6,1	0,0	6,8	2,6	15,5
Soins d'auxiliaires médicaux	15,0	0,0	2,2	1,5	18,7
Autres soins ambulatoires ²	10,0	0,1	1,5	0,4	11,9
Biens médicaux	34,5	0,2	11,6	8,3	54,6
Total	198,0	1,5	30,9	18,6	249,0

1. Au sens des comptes de la santé, les soins dentaires incluent la fourniture et la pose de prothèses dentaires. 2. Activité des laboratoires d'analyses médicales, transports sanitaires, soins en cures thermales.

Source > DREES, comptes de la santé.

Cette structure de financement de la CSBM est très proche de celle de 2022. La part du financement par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) se stabilise autour de 80 % en 2023, soit 1,5 point de plus qu'en 2019, avant la crise sanitaire. La part du financement de la CSBM par la Sécurité sociale progresse légèrement en 2023 (+0,1 point par rapport à 2022), tandis que la part financée par l'État reste stable. Cette progression est portée par la légère hausse du financement par la Sécurité sociale des soins hospitaliers (+0,1 point en 2023), des biens médicaux (+0,3 point) et des autres soins ambulatoires². Par rapport à 2019, la part financée par la Sécurité sociale a fortement augmenté pour les soins dentaires, sous l'effet de la montée en charge de la réforme du 100 % santé (+6,9 points entre 2019 et 2022).

Après avoir baissé de manière significative au début de la crise sanitaire, la part financée par les organismes complémentaires (OC) est restée quasi stable depuis 2021 (12,4 % en 2023). Elle reste inférieure de 0,6 point au niveau d'avant la crise sanitaire. En particulier, la prise en charge par les OC diminue entre 2019 et 2023 pour les soins hospitaliers, les autres soins ambulatoires, ainsi que les soins de médecins et de sages-femmes.

Avec la crise sanitaire, le reste à charge des ménages a chuté de 0,7 point entre 2019 et 2020, pour se stabiliser à 7,7 % de la CSBM de 2020 à 2022. En 2023, il diminue à nouveau, à 7,5 % de la CSBM. Cette baisse s'explique par la diminution du reste à charge sur les soins hospitaliers (-0,1 point) et les biens médicaux (-0,2 point). Entre 2019 et 2022, la baisse du reste à charge des ménages était principalement la conséquence de la baisse du reste à charge sur les soins hospitaliers (-0,7 point) mais

¹ Les dépenses de l'État recouvrent les prestations versées aux anciens combattants et celles versées au titre de l'aide médicale de l'État (AME), ainsi que le financement des hôpitaux militaires.

² Les autres soins ambulatoires regroupent l'activité des laboratoires d'analyse médicale, les transports sanitaires et les soins en cures thermales.

également sur les soins dentaires (-6,7 points) et les soins d'auxiliaires médicaux (-0,6 point).

L'évolution de la structure de financement de la CSBM est liée à des facteurs structurels, comme le vieillissement de la population, qui augmente le nombre de personnes en affection de longue durée, bénéficiant d'un remboursement renforcé, et plus

généralement la déformation progressive de la consommation vers les soins les plus 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.

Tableau 2 Structure du financement des grands postes de la CSBM entre 2013 et 2023

	En %					
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble de la CSBM (100 %)						
Sécurité sociale	75,5	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5
État	1,6	1,7	2,6	0,8	0,6	0,6
Organismes complémentaires	13,0	13,0	12,0	12,5	12,3	12,4
Ménages	9,9	8,4	7,7	7,7	7,7	7,5
Soins hospitaliers (49,1 %)						
Sécurité sociale	89,8	90,6	90,3	91,9	92,5	92,6
État	1,8	1,6	3,2	1,4	1,0	0,9
Organismes complémentaires	3,8	4,0	3,9	3,4	3,4	3,5
Ménages	4,6	3,8	2,6	3,2	3,1	3,0
Soins de médecins et sages-femmes (10,5 %)						
Sécurité sociale	69,1	71,1	73,0	74,6	74,7	73,7
État	1,6	1,7	1,8	0,3	0,3	0,3
Organismes complémentaires	19,2	19,0	17,8	17,7	16,9	17,4
Ménages	10,2	8,2	7,4	7,5	8,2	8,6
Soins dentaires (6,2 %)						
Sécurité sociale	30,0	32,4	33,8	39,2	39,6	39,3
État	2,3	4,1	4,6	0,1	0,2	0,2
Organismes complémentaires	38,3	40,2	40,0	45,1	43,6	43,9
Ménages	29,4	23,3	21,6	15,6	16,6	16,6
Soins d'auxiliaires médicaux (7,5 %)						
Sécurité sociale	78,3	78,7	80,6	80,8	80,8	80,1
État	1,2	1,5	1,6	0,2	0,2	0,2
Organismes complémentaires	11,7	11,5	10,4	10,8	11,3	11,6
Ménages	8,8	8,3	7,3	8,3	7,7	8,0
Autres soins ambulatoires (4,8 %)						
Sécurité sociale	81,5	82,3	82,5	82,7	83,2	84,2
État	1,3	1,4	1,6	0,4	0,4	0,4
Organismes complémentaires	15,2	14,2	13,4	13,2	13,2	12,2
Ménages	2,0	2,2	2,5	3,6	3,2	3,2
Biens médicaux (21,9 %)						
Sécurité sociale	61,0	62,2	62,4	62,9	62,9	63,2
État	1,1	1,3	1,6	0,3	0,3	0,3
Organismes complémentaires	21,2	21,3	19,7	20,8	21,1	21,3
Ménages	16,7	15,2	16,4	16,0	15,7	15,2

Lecture > En 2023, la Sécurité sociale finance 79,5 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92,6 % des dépenses. Les soins hospitaliers représentent 49,1 % de la CSBM en 2023 (chiffre indiqué entre parenthèses en colonne 1).

Source > DREES, comptes de la santé.

Entre 2013 et 2023, la part des dépenses prises en charge par les administrations publiques a augmenté de 3,0 points. À l'évolution tendancielle de +0,3 point par an en moyenne jusqu'en 2019 s'est

ajouté une forte hausse en 2020 de +1,8 point (*graphique 1*), avec l'intervention des administrations publiques pour faire face à la crise sanitaire. En 2021, la part de la CSBM financée par les administrations publiques a reculé, avec la diminution des

dépenses exceptionnelles liées au Covid-19. Depuis 2022, cette part est stable, à un niveau supérieur à celui d'avant la crise.

Le reste à charge des ménages a suivi une courbe symétrique, avec une baisse tendancielle d'environ 0,3 point par an jusqu'à 2019, suivie d'une chute de 0,7 point en 2020. Après deux ans de stabilité, il repart à la baisse en 2023. La part de la CSBM financée directement par les ménages est ainsi passée de 9,9 % en 2013 à 7,5 % en 2023.

Enfin, la participation des OC au financement de la CSBM1, qui était stable à environ 13,0 % depuis 2013, a chuté en 2020 de 1,0 point, suivie d'un rattrapage partiel en 2021, avant de se stabiliser à nouveau en 2023, à 12,4 %, un niveau inférieur à son niveau d'avant la crise.

Des financements publics très inégaux selon les postes de dépenses

La consommation de soins du secteur hospitalier est très largement financée par les administrations publiques : 93,5 % en 2023. En effet, un nombre important de patients ayant recours aux soins hospitaliers bénéficient d'exonération du ticket modérateur. C'est le cas notamment des assurés reconnus en affection de longue durée. Le financement par les organismes complémentaires et les ménages représentent respectivement 3,5 % et 3,0 % de ce poste en 2023, des proportions très inférieures à celles des autres postes de la CSBM.

Des sept grands postes de la CSBM, les soins dentaires sont les moins financés par les administrations publiques (39,3 %) et les plus financés par les OC (43,9 %) et les ménages (16,6 %). Parmi les soins dentaires, les soins prothétiques sont particulièrement peu pris en charge par les administrations publiques (27 %, contre 61 % pour les OC et 12 % pour les ménages). La structure du financement des soins dentaires conservateurs (détartrage, traitement des caries, dévitalisation dentaire, etc.) est, quant à elle, plus proche de celles des autres soins de ville : 50 % par les administrations publiques,

29 % par les organismes complémentaires et 21 % par les ménages.

Les biens médicaux sont l'autre grand poste à reste à charge des ménages élevé : il s'établit, en 2023, à 15,2 %. Près d'un cinquième des dépenses de dispositifs médicaux y compris optique sont financées directement par les ménages. Les médicaments sont mieux pris en charge, 12,4 % restant à la charge des ménages. Les administrations publiques financent 63,5 % des biens médicaux et les organismes complémentaires 21,3 %.

Les autres grands postes de la CSBM sont financés aux trois quarts ou plus par les administrations publiques et à moins de 10 % par les ménages.

L'hôpital est la première composante des dépenses de santé de la Sécurité sociale

La décomposition par poste des financements diffère selon les financeurs du système de santé. Les soins hospitaliers constituent par exemple le premier poste de dépenses pour la Sécurité sociale, avec 57 % de sa dépense totale en 2023 (*graphique 2*).

Le financement de la CSBM par les organismes complémentaires est, quant à lui, concentré sur deux postes qui représentent à eux deux près de la moitié des dépenses des OC : les dispositifs médicaux (25 % de leurs dépenses dont 17 % au titre de l'optique médicale et 3 % au titre des audioprothèses) et les soins de dentistes (24 % dont 8 % pour les soins conservateurs et 16 % pour les soins prothétiques).

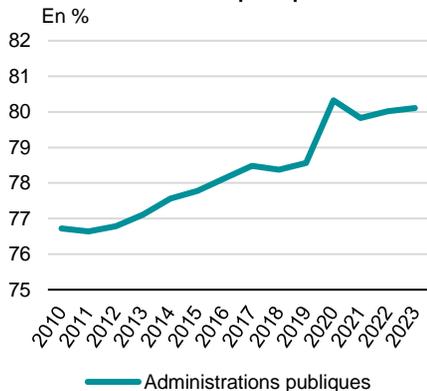
Les biens médicaux représentent le premier poste de dépenses de santé des ménages (21 % pour les médicaments comme pour les dispositifs médicaux). S'agissant des médicaments, 62 % des dépenses de médicaments financées par les ménages correspondent à des dépenses de médicaments non remboursables par l'Assurance maladie obligatoire.

¹ La contribution exceptionnelle des OC lors de la crise due au Covid-19 n'est pas comptée dans le financement de la CSBM par les OC. En effet, cette contribution n'est

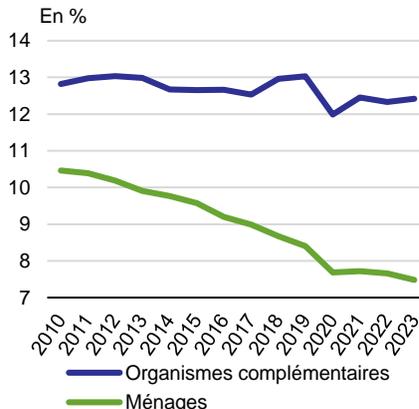
pas considérée comme ayant participé à financer directement des soins et biens médicaux.

Graphique 1 Évolution du financement de la CSBM entre 2013 et 2023

a. Par les administrations publiques

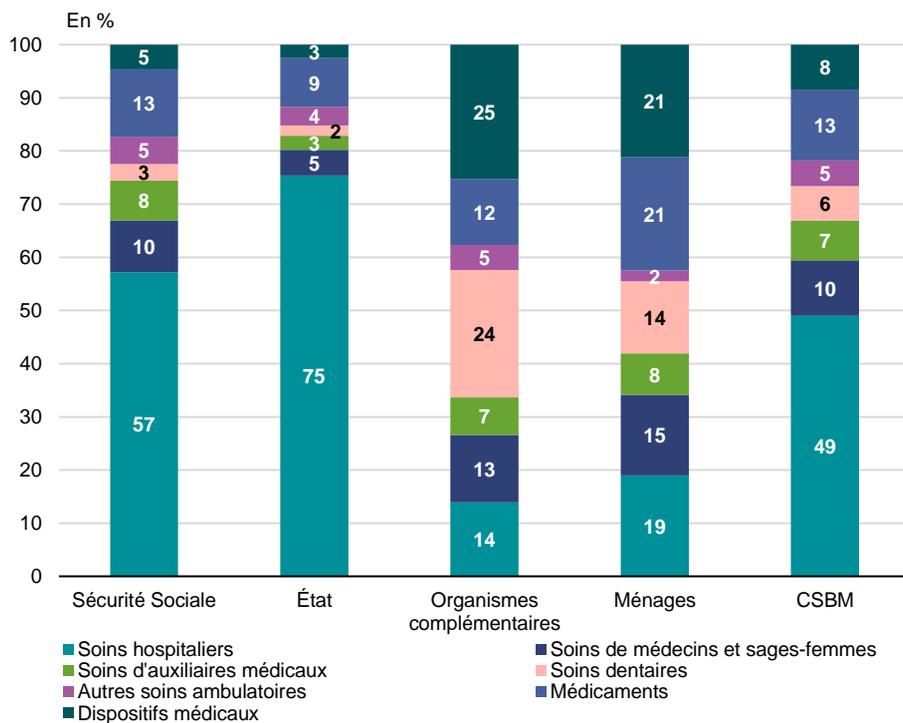


b. Par les autres financeurs



Lecture > En 2023, la CSBM est financée à 80,1 % par les administrations publiques et à 7,5 % par les ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2023



Lecture > En 2023, 57 % des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de la CSBM concernent le financement des soins hospitaliers.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les versements directs des administrations publiques aux professionnels de santé en ville s'élèvent à 4,9 milliards d'euros

Certaines dépenses des administrations publiques sont versées directement à des professionnels, établissements et structures de santé : rémunérations sur objectifs, contrats, etc. Pour les professionnels de santé, elles incluent par exemple le forfait patientèle médecin traitant (980 millions d'euros en 2023) ou encore la rémunération sur objectifs de santé publique (896 millions d'euros en 2023). Des transferts en sens inverse, vers les administrations publiques existent également : les remises sur les médicaments et dispositifs médicaux (délivrés en ville ou en sus à l'hôpital) versées par les industries pharmaceutiques à l'Assurance maladie sont ainsi comptabilisées négativement. Autrement dit, elles constituent une moindre dépense de l'Assurance maladie. Celle-ci récupère 4,7 milliards d'euros au titre des médicaments délivrés en ville (tableau 3). L'ensemble de ces transferts sont sans incidence finan-

cière directe pour les ménages. Ils sont, en règle générale, non individualisables par patient (car afférents à une activité de soins considérée dans sa globalité) avec quelques exceptions (le forfait patientèle médecin traitant est perçu par patient).

Les prestations prises en charge par les administrations publiques incluent la couverture de base financée par la Sécurité sociale aux affiliés à l'Assurance maladie et la couverture par l'État des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et des anciens combattants (1,5 milliard d'euros en 2023), y compris le financement des hôpitaux militaires). Elles incluent aussi des cas particuliers de prise en charge de parties de la dépense généralement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, comme l'exonération du ticket modérateur pour les 14,3 millions de bénéficiaires du dispositif d'affection longue durée et les 7,4 millions de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S). Au total, le financement des prestations de santé par les administrations publiques dans leur ensemble atteint 200,4 milliards d'euros en 2023.

Tableau 3 Décomposition de la CSBM financée par les administrations publiques par poste et par type de dépenses en 2023

En milliards d'euros

	Soins et biens médicaux pris en charge par les administrations publiques	Autres rémunérations par les administrations publiques et remises pharmaceutiques	Dépenses engagées par les administrations publiques
Soins hospitaliers	114,9	-0,7	114,2
Hôpitaux publics	91,8	-2,8	89,0
Cliniques privées	23,1	2,1	25,2
Soins ambulatoires	46,1	4,9	50,9
Soins de médecins généralistes	6,4	2,4	8,8
Soins de médecins spécialistes	9,4	0,9	10,3
Soins de sages-femmes	0,5	ns	0,5
Soins d'auxiliaires médicaux	14,2	0,8	15,0
Soins dentaires	5,7	0,5	6,1
Autres soins ambulatoires	9,9	0,2	10,1
Médicaments	30,2	-4,7	25,4
Optique	0,3	0,0	0,3
Dispositifs médicaux hors optique	8,9	0,0	8,9
CSBM	200,4	-0,6	199,8

ns : non significatif.

Note > Les autres rémunérations recouvrent des revenus des établissements et professionnels de santé qui ne sont pas associés à la prise en charge de soins ou de biens médicaux tels que la prise en charge des cotisations des personnels médicaux conventionnés. Cette catégorie inclut également le forfait patientèle médecin traitant, y compris pour sa part financée par les OC. Les remises sur les médicaments versés par les industries pharmaceutiques à l'Assurance maladie sont enregistrées comptablement négativement, autrement dit comme une moindre dépense de l'Assurance maladie. C'est pourquoi les montants de cette catégorie sont négatifs pour l'hôpital public et les médicaments en ambulatoire.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépassements représentent 41 % des dépenses non prises en charge par les administrations publiques

Les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire s'élèvent à 49,2 milliards d'euros en 2023 et recouvrent des dépenses de plusieurs natures. Le ticket modérateur et forfait jour hospitalier, c'est-à-dire la part de la dépense de base non prise en charge par l'Assurance maladie s'élève à 18,6 milliards d'euros. Les dépassements (dépassements d'honoraires et part de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux) comptent pour 20,8 milliards d'euros. Les dépenses non remboursables, qui rassemblent les soins non remboursables (par exemple les soins par des médecins non conventionnés ou l'implantologie), l'automédication, l'achat de masques, les actes remboursables mais non présentés au remboursement (feuilles de soins papier non transmises à l'Assurance maladie) s'élèvent à 8,2 milliards d'euros. On compte enfin 1,8 milliard d'euros de franchises et de participations forfaitaires.

Le reste à charge après assurance maladie obligatoire pour les soins dentaires est dû à 73 % à la part de liberté tarifaire permise sur les prothèses dentaires. Celle-ci vaut 6,8 milliards d'euros en 2023 (*graphique 3*).

Le reste à charge après assurance maladie obligatoire des médicaments s'élève à 8,0 milliards d'euros en 2023 : il est composé de 0,7 milliard d'euros correspondant à la franchise de 50 centimes par boîte de médicaments (ce montant a été doublé à un euro par boîte de médicaments au 31 mars 2024), de 3,8 milliards d'euros de ticket modérateur et de 3,5 milliards d'euros de dépenses de médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

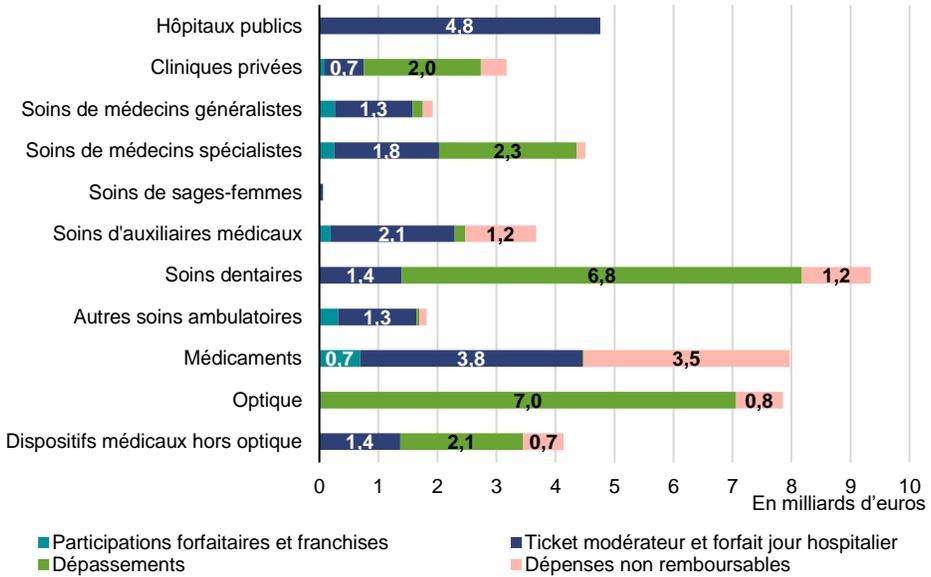
Le reste à charge après assurance maladie obligatoire est très faible pour les soins à l'hôpital public (4,8 milliards d'euros, pour une dépense

totale de 93,7 milliards d'euros, soit 5 %) et pour les soins de sages-femmes (11 % de la dépense totale). Il représente en revanche la quasi-intégralité de la dépense totale d'optique médicale (97 %).

Ce montant correspond principalement à la liberté tarifaire sur les lunettes, et aux dépenses non remboursables en optique médicale, qui correspondent globalement aux dépenses de lentilles de contact. La liberté tarifaire permise sur les dispositifs médicaux hors optique médicale s'établit à 2,1 milliards d'euros en 2023.

Les dépassements d'honoraires se concentrent presque exclusivement chez les médecins spécialistes exerçant en ville : 2,3 milliards d'euros en 2023, contre 0,2 milliard pour les médecins généralistes, soit une part marginale des honoraires de médecins généralistes. En 2023, 76 300 médecins spécialistes exercent en ville (dont 31 000 en secteur 2, seuls autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires), pour 80 900 médecins généralistes (dont 2 500 en secteur 2). Les auxiliaires médicaux (principalement les kinésithérapeutes) ont facturé 0,2 milliard de dépassements d'honoraires en 2023. Les professionnels de santé exerçant en clinique privée ont facturé 2,0 milliards d'euros de dépassements d'honoraires.

Les dépenses non remboursables sont concentrées sur les médicaments (3,5 milliards d'euros) et les dispositifs médicaux (0,7 milliard d'euros). La consommation de dispositifs médicaux non remboursables dans le périmètre de la CSBM est composée de dépenses de pansements et nutriments (429 millions d'euros), de matériel chirurgical et d'appareils (95 millions d'euros), de prothèses et orthèses (90 millions d'euros), de masques (62 millions d'euros) et de véhicules pour personnes handicapées physiques (7 millions d'euros). Les dépenses non remboursables sont également importantes pour les soins dentaires (orthodontie commencée après 16 ans, implantologie, parodontologie). ■

Graphique 3 Décomposition de la CSBM non prise en charge par les administrations publiques en 2023

Lecture > En 2023, le reste à charge après Assurance maladie obligatoire pour les soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 4,5 milliards d'euros dont 2,3 milliards d'euros de dépassements d'honoraires facturés par les médecins spécialistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, les administrations publiques financent 199,4 milliards d'euros, soit 80,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ; la Sécurité sociale finance 198,0 milliards d'euros (soit 79,5 % de la CSBM) et l'État 1,5 milliard d'euros (soit 0,6 %). Entre 2022 et 2023, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est restée stable, à un niveau supérieur de 2,6 points à celui de 2019.

En 2023, la part de la CSBM financée par les administrations publiques reste stable et au-dessus du niveau de 2019

En 2023, l'ensemble des administrations publiques (APU) financent 199,4 milliards d'euros, soit 80,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [tableau 1]. La quasi-totalité du financement est assuré par la Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camieg et de l'Alsace-Moselle) : elle contribue pour 198,0 milliards d'euros, soit 79,5 % de la CSBM. Le financement de l'État représente 1,5 milliard d'euros (0,6 % de la CSBM) et recouvre l'aide médicale de l'État (AME), les soins à destination des anciens combattants ainsi que le financement des hôpitaux militaires.

De 2013 à 2019, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale et l'État a augmenté de 1,5 point. 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 mais aussi de la plus forte prévalence d'ALD à âge donné. En 2020, les mesures mises en œuvre par les administrations pu-

bliques lors de la crise sanitaire (dispositif d'indemnisation pour perte d'activité, mesures de soutien aux hôpitaux, etc.) liée au Covid-19 se sont traduites par une forte hausse du financement public de la santé cette année-là. Les mesures pérennes du Ségur de la santé de revalorisation des salaires dans les établissements de santé ont maintenu à un niveau élevé la part de financement des administrations publiques malgré le reflux de l'épidémie. Entre 2019 et 2023, la part de la CSBM financée par les administrations publiques a augmenté de 1,5 point, de 78,6 % à 80,1 %.

Par ailleurs, l'intégration en 2021 des prestations versées au titre de la complémentaire santé solidaire (C2S) au sein du périmètre de la Sécurité sociale modifie la structure du financement de la CSBM par les administrations publiques. 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. Par conséquent, la part financée par l'État a baissé de 1,1 point entre 2019 et 2023.

En 2023, les dépenses engagées par la C2S s'élèvent à 3,5 milliards d'euros (dont 0,1 milliard d'euros gérés par les organismes complémentaires).

Tableau 1 Financement de la CSBM par les administrations publiques

a. Niveau

En milliards d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des administrations publiques	144,0	159,9	163,5	169,7	181,7	189,4	199,4
État	2,9	3,4	3,5	5,4	1,9	1,4	1,5
Sécurité sociale	141,1	156,5	160,0	164,2	179,8	187,0	198,0

Lecture > En 2023, les administrations publiques ont financé la CSBM à hauteur de 199,4 milliards d'euros, dont 198,0 milliards versés par les administrations de sécurité sociale.

Source > DREES, comptes de la santé.

b. Part

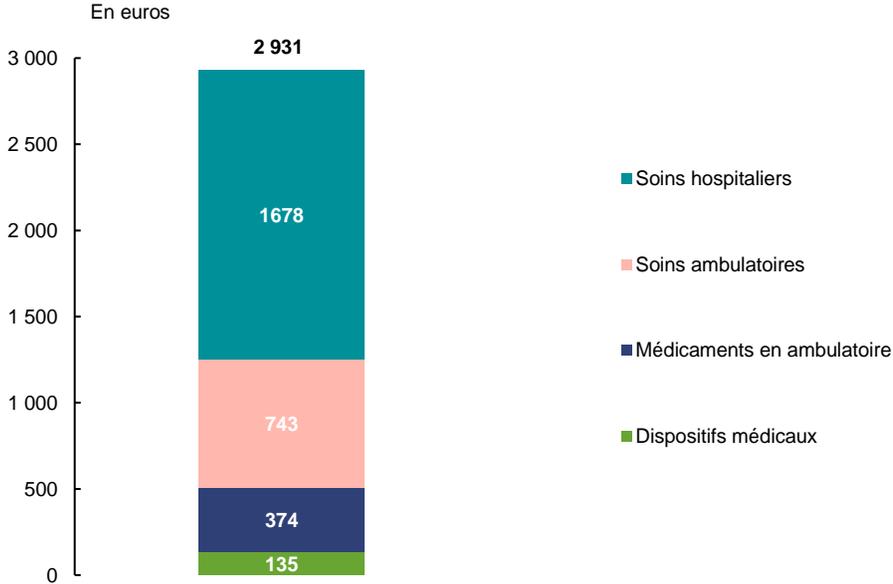
En %

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des administrations publiques	77,1	78,4	78,6	80,3	79,8	80,0	80,1
État	1,6	1,6	1,7	2,6	0,8	0,6	0,6
Sécurité sociale	75,5	76,7	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5

Lecture > En 2023, les administrations publiques ont financé 80,1 % de la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Montants moyens remboursés par les administrations publiques par habitant



Lecture > En 2023, le remboursement par les administrations publiques représente 93 % du total de la consommation de soins hospitaliers, ce qui représente une dépense de 1 678 euros en moyenne par habitant.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers constituent plus de la moitié du financement des administrations publiques

Les prestations prises en charge par les administrations publiques accélèrent en 2023 : +5,3 % après +4,3 % en 2022 ; elles s'établissent à 199,4 milliards d'euros (*tableau 2*). En moyenne, elles atteignent 2 931 euros par habitant (*graphique 1*).

La contribution de la Sécurité sociale et de l'État aux soins hospitaliers s'élève à 114,2 milliards d'euros en 2023 (*tableau 2*). 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 et l'État (57,3 %).

Tableau 2 Décomposition par poste du financement de la consommation de soins et de biens médicaux par les administrations publiques

En milliards d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Structure 2023 (en %)
Ensemble	144,0	159,9	163,5	169,7	181,7	189,4	199,4	100
Évolution (en %)	2,5	1,1	2,3	3,7	7,1	4,3	5,3	
Soins hospitaliers	80,1	88,0	90,0	96,5	103,3	108,0	114,2	57,3
Hôpitaux du secteur public	61,9	68,0	69,5	75,5	80,4	84,2	89,0	44,6
Hôpitaux du secteur privé	18,2	20,0	20,5	21,0	22,9	23,8	25,2	12,6
Soins ambulatoires	35,6	41,5	42,8	42,6	46,3	48,1	50,6	25,4
Soins de médecins et de sages-femmes	14,4	16,6	17,0	17,1	18,0	18,8	19,4	9,7
Soins d'auxiliaires médicaux	9,9	12,2	12,7	12,9	14,0	14,3	15,0	7,5
Soins dentaires	3,8	4,5	4,7	4,7	5,6	5,8	6,1	3,1
Laboratoires de biologie médicale	3,1	3,2	3,3	3,3	3,3	3,2	3,5	1,7
Transports sanitaires	4,1	4,8	4,8	4,5	5,3	5,7	6,4	3,2
Cures thermales	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
Médicaments en ambulatoire	22,6	23,0	23,1	22,7	23,5	24,6	25,4	12,8
Dispositifs médicaux	5,8	7,3	7,6	7,8	8,6	8,8	9,2	4,6
Optique	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1
Dispositifs médicaux hors optique	5,5	7,1	7,4	7,6	8,3	8,5	8,9	4,5

Lecture > En 2023, la Sécurité sociale et l'État financent la CSBM à hauteur de 199,3 milliards d'euros.

Source > DREES, comptes de la santé.

La part financée par la Sécurité sociale reste stable en 2023 pour l'ensemble des postes de la CSBM

Les soins hospitaliers sont financés à 92,6 % par la Sécurité sociale (tableau 3). Ce taux est plus élevé dans le secteur public (94,9 %) que dans le privé (88,7 %) en raison, notamment, des dépassements d'honoraires plus fréquents dans le secteur privé, ces dépassements n'étant pas remboursés par la Sécurité sociale. 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 ambulatoires), 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 2013, la part de la Sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers a augmenté de 2,8 points, connaissant sa hausse la plus importante en 2021 (+1,6 point), du fait de la crise sanitaire, avant de se stabiliser entre 2022 et 2023 autour de 92,6 %.

En 2023, la consommation de soins ambulatoires est financée à 69,7 % par la Sécurité sociale. Cette part a augmenté régulièrement entre 2013 et 2022

(+5,4 points à périmètre constant entre 2013 et 2022), du fait du poids croissant pris par le dispositif des ALD, mais également du ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins jusqu'en 2020 (fiches 4 et 5). 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. En 2023, la part des dépenses en ambulatoires financées par la Sécurité sociale a légèrement diminué, à 69,7 % après 70,1 %, dans un contexte de forte progression des dépassements d'honoraires.

La Sécurité sociale finance 75,7 % de la consommation de médicaments en ville en 2023. Elle croît quasi continûment depuis 2013 (+5,4 points en dix ans), 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 2023, la Sécurité sociale finance 43,3 % de la consommation de biens médicaux, une part plus faible que pour les autres postes. ■

Tableau 3 Financement par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM

En %

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble	75,5	76,7	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5
Soins hospitaliers	89,8	90,4	90,6	90,3	91,9	92,5	92,6
Soins ambulatoires	64,7	66,6	66,8	68,5	69,8	70,1	69,7
Médicaments	70,4	72,7	73,5	74,5	76,0	75,6	75,7
Biens médicaux	40,1	42,9	42,6	42,2	42,7	42,7	43,3

Lecture > En 2023, la Sécurité sociale finance 92,6 % du total des dépenses de soins hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires (OC) financent la part dite « complémentaire » des dépenses de santé. Ils regroupent des mutuelles, des entreprises d'assurances et des institutions de prévoyance. En 2023, les prestations de santé versées par les OC augmentent à un rythme soutenu (+5,9 %), supérieur à celui de 2022 (+3,0 %). La part des OC dans le financement de la CSBM, qui avait baissé d'un point en 2020 à 12,0 %, a rebondi en 2021 (à 12,5 %) et est quasi stable depuis : elle s'établit en 2023 à 12,4 %, inférieure à son niveau d'avant la crise due au Covid-19 (13 % en 2019). Les postes d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires, concernés par la réforme du 100 % santé, représentent, en 2023, 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 5,9 % en 2023

Les prestations en soins et en biens médicaux versées par les organismes complémentaires s'élevaient à 30,9 milliards d'euros¹ en 2023 (soit 454 euros par habitant). Elles progressent de 5,9 % par rapport à 2022² (tableau 1), deux fois plus qu'en 2022 (+3,0 %). En 2021, les prestations des OC rebondissent après la forte baisse de 2020 liée aux restrictions sanitaires. En 2023, les prestations des OC sont supérieures de 14 % à leur niveau de 2019.

Entre 2022 et 2023, la hausse des prestations versées par les OC concerne tous les grands postes de dépense de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [tableau 1] et est tirée notamment par les dépenses hospitalières (+0,4 milliard d'euros), les dépenses d'optique (+0,3 milliard d'euros) et les dépenses en dentaire (+0,4 milliard d'euros), ces deux derniers postes étant majoritairement pris en charge par les OC.

En 2023, les mutuelles versent 14,0 milliards d'euros de prestations sur le champ de la CSBM et restent le principal acteur de la complémentaire santé en termes de prestations versées, devant les entreprises d'assurances (10,8 milliards d'euros) et les institutions de prévoyance (6,1 milliards d'euros). Plus de la moitié des prestations sont versées au titre d'un contrat collectif (17,0 milliards d'euros, soit 55 % du total).

En 2023, les OC financent 12,4 % de la CSBM. Le financement des OC se concentre sur certains postes pour lesquels la prise en charge par les administrations publiques est faible. Les OC financent ainsi les deux tiers de la consommation d'optique médicale (66,1 %), soit 5,4 milliards d'euros ou encore 79 euros en moyenne par habitant (graphique 1). Les soins dentaires sont également principalement financés par les OC (43,9 %), soit 6,8 milliards d'euros ou encore 100 euros en moyenne par habitant. En revanche, les OC ne financent qu'une faible partie des soins hospitaliers (3,5 %). Aux 4,3 milliards d'euros versés par les OC pour la prise en charge des soins hospitaliers s'ajoutent 2,3 milliards d'euros de frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure. Ces dépenses d'hébergement recouvrent des coûts liés au séjour (chambre particulière, télévision ou téléphone, etc.) qui ne sont pas directement nécessaires à la réalisation des soins et ne sont donc pas comptabilisés dans le champ de la CSBM. Elles font partie de prestations à la périphérie du système de soins prises en charge par les OC (ostéopathie, etc.). L'ensemble des prestations connexes à la santé, hors champ de la CSBM, représentent 3,2 milliards d'euros en 2023.

¹ Pour la première fois dans cette édition des comptes de la santé, les prestations des OC incluent les variations de provisions pour sinistres à payer. Cette correction permet de s'approcher de la convention d'enregistrement en droits constatés en comptabilité nationale et conduit à un léger rehaussement des prestations versées (de l'ordre de 200 millions d'euros en 2022).

² Les chiffres portant sur les organismes complémentaires présentés dans ces comptes de la santé peuvent différer légèrement de ceux présentés dans le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé en 2023. En effet, les comptes de la santé utilisent une version préliminaire des données (figées au 17 juillet 2024).

Tableau 1 Financement de la CSBM par les organismes complémentaires en 2023

En milliards d'euros

	Mutuelles	Entre-prises d'assurances	Institutions de prévoyance	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Évolution 2022-2023 (en %)
CSBM	14,0	10,8	6,1	17,0	13,9	30,9	5,9
Soins hospitaliers	2,2	1,5	0,6	1,8	2,5	4,3	9,0
Soins ambulatoires	6,6	5,2	3,1	8,5	6,5	15,0	6,4
Soins et prothèses dentaires	3,0	2,3	1,5	4,1	2,7	6,8	6,0
Autres soins ambulatoires	3,6	2,9	1,6	4,5	3,7	8,2	6,7
dont FPMT	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	5,0
Biens médicaux	5,2	4,1	2,4	6,7	5,0	11,6	4,2
Médicaments	1,8	1,4	0,6	1,8	2,0	3,8	2,2
Dispositifs médicaux	3,4	2,7	1,7	4,9	3,0	7,8	5,3
dont optique	2,1	2,0	1,3	3,7	1,6	5,4	5,5
dont audioprothèses	0,6	0,2	0,2	0,4	0,6	1,0	5,7
dont autres dispositifs médicaux	0,7	0,5	0,2	0,7	0,8	1,5	4,1
Prestations connexes à la santé	1,4	1,2	0,6	1,6	1,6	3,2	ns
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	1,1	0,8	0,4	1,0	1,3	2,3	7,9
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,3	0,3	0,2	0,6	0,2	0,9	ns

FPMT : forfait patientèle médecin traitant ; ns : non significatif.

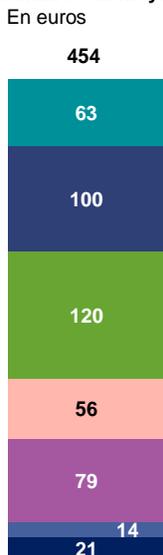
Note > Hors prestations CSS versées par les organismes. Les soins hospitaliers sont hors unités de soins de longue durée. Le poste Optique inclut les lentilles et examens. Les autres dispositifs médicaux incluent les prothèses, orthèses, pansements, etc. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : 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 2023, les OC prennent en charge 15,0 milliards d'euros de la CSBM en soins ambulatoires.

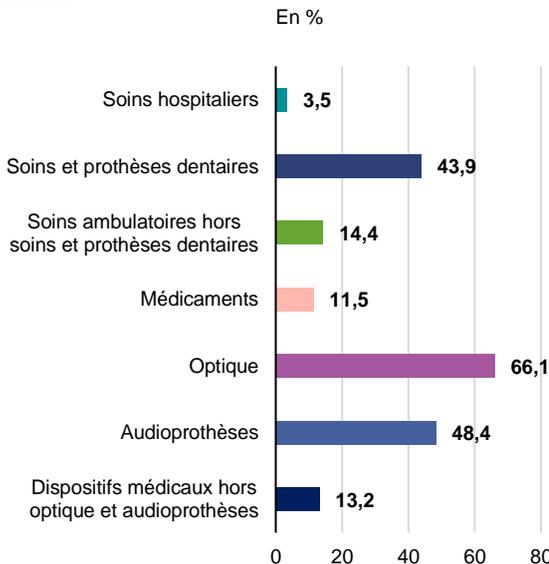
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Dépense des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM en 2023

a. Dépense financée par les organismes complémentaires en moyenne par habitant



b. Parts dans la dépense totale du poste



Lecture > En 2023, les organismes complémentaires (OC) financent en moyenne par habitant 454 euros de dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 63 euros de dépenses de soins hospitaliers. La part prise en charge par les OC représente 3,5 % de la dépense totale de soins hospitaliers en 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le taux de prise en charge des dépenses par les OC est quasi stable en 2023, à un niveau inférieur à la période pré-Covid-19

De 2010 et 2019, le taux de prise en charge varie peu : il s'établit à 12,8 % en moyenne sur la période (graphique 2). En 2020, la crise sanitaire entraîne une diminution de la prise en charge des dépenses de santé par les OC qui baisse de 13,0 % en 2019 à 12,0 % l'année suivante (-1,0 point). En effet, l'épidémie induit une baisse d'activité de soins, plus prononcée sur les dispositifs médicaux, où la part prise en charge par les OC est élevée. En 2021, la part des OC dans le financement de la CSBM se redresse, à 12,5 %, avec l'amélioration de la situation sanitaire. Elle est, depuis, quasi stable, à un niveau inférieur à celui antérieur à la crise du Covid-19 : en 2023, les OC financent 12,4 % de la CSBM après 12,3 % en 2022 (graphique 2).

Les taux de prise en charge par postes de la CSBM évoluent peu en 2023 et restent inférieurs aux niveaux de 2019 à l'exception des postes du champ du 100 % santé.

La participation des OC au financement des soins hospitaliers, très largement assuré par l'Assurance maladie, est limitée (3,5 % de ces dépenses sont financées par les OC en 2023) et a relativement peu varié en 2023 (+0,1 point par rapport à 2022).

La part de prise en charge par les OC des soins ambulatoires autres que le dentaire (c'est-à-dire les honoraires de médecins et d'auxiliaires médicaux, la biologie et les transports médicaux) augmente très légèrement en 2023 (+0,1 point) à 14,4 %.

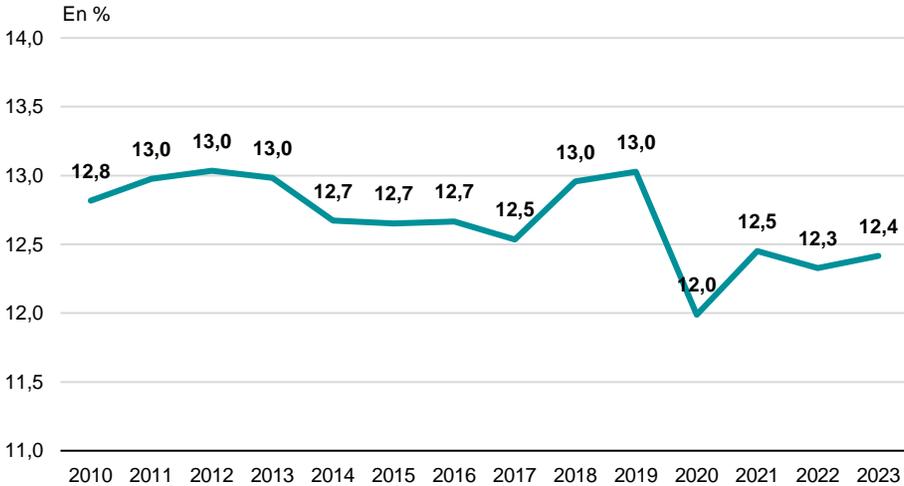
Le taux de prise en charge des médicaments est également quasi stable en 2023 à 11,5 % (après 11,6 % en 2022). Cette prise en charge a baissé entre 2010 et 2021 en raison notamment des mesures successives de remboursements¹ et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie dans la consommation totale.

En revanche, les dispositifs médicaux hors audioprothèses et optique médicale voient leur taux de prise en charge augmenter de 0,4 point en 2023 à 13,2 %. Ce taux reste cependant inférieur à son niveau de 2019 (14,0 %).

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.

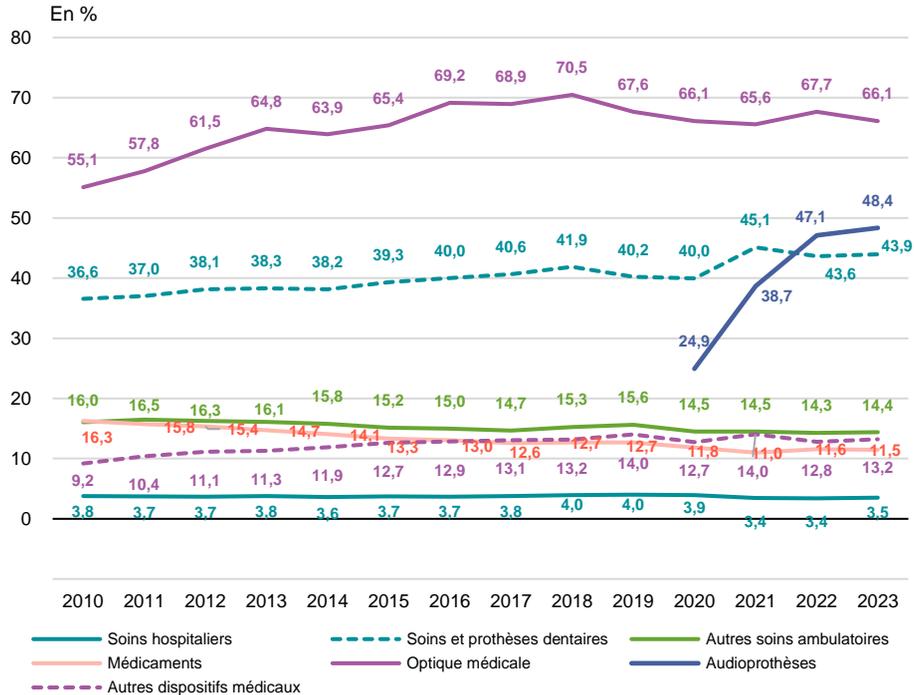
Graphique 2 Taux de financement de la CSBM par les organismes complémentaires



Lecture > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 12,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Taux de financement par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM



Lecture > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 43,9 % de la consommation de soins dentaires (y compris prothèses dentaires) en 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Sur le champ des trois postes concernés par la réforme du 100 % santé, le financement par les OC est prépondérant (tableau 2 et fiche 22). Le taux de prise en charge par les organismes complémentaires atteint 49 % en 2023 pour les audioprothèses, 65 % pour les montures et les verres en optique¹ et 61 % pour les prothèses dentaires. Depuis 2020, première année de montée en charge du 100 % santé pour les audioprothèses, la part des OC dans le financement des audioprothèses a bondi de 24 points. Pour les prothèses dentaires l'effet est plus limité (+13 points depuis 2019, année d'entrée en vigueur du 100 % santé pour les prothèses dentaires). La part des dépenses OC dans l'optique a atteint un pic en 2018 (70,5 %) et n'a pas augmenté après 2019.

Au total, le taux de prise en charge de l'optique, des audioprothèses et des prothèses dentaires par les OC est quasi stable en 2023 (à 62 %, après 63 % en 2022).

Les niveaux de dépense des OC pour ces trois postes progressent modérément (+5,8 % pour les audioprothèses, +4,6 % pour les montures et verres en optique et +2,7 % pour les prothèses dentaires), plus vite qu'en 2022 du fait notamment du rebond des dépenses totales sur ces trois postes (+5,7 %, à 16,5 milliards d'euros en 2023, contre -0,4 % en 2022). ■

Tableau 2 Financement du 100 % santé par les organismes complémentaires en 2023

En millions d'euros

	Panier	Dépenses de CSBM	Dépenses OC	Évolution des dépenses OC 2022-2023 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2023 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2022 (en %)
Audioprothèses	100 % santé	453	320	-4,9	71	71
	Tarif libre	1 542	653	11,9	42	40
	Total	1 995	973	5,8	49	48
Optique (montures et verres)	100 % santé	435	156	15,2	36	36
	Tarif libre	6 851	4 592	4,2	67	69
	Total	7 287	4 748	4,6	65	67
Prothèses dentaires	100 % santé	3 448	2 311	2,0	67	68
	Tarif maîtrisé	2 252	995	3,2	44	45
	Tarif libre	1 473	1 094	3,8	74	75
	Total	7 173	4 399	2,7	61	62
Total	Total	16 454	10 120	3,8	62	63

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 2023, les OC prennent en charge 71 % des dépenses de CSBM du panier 100 % santé en audioprothèses.

Sources > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > de Williencourt, C. (2023, décembre). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES, rapport.
- > Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

¹ 66,1 % sur le poste optique complet (y compris lentilles), 43,9 % sur l'ensemble des soins dentaires.

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 2023, les ménages dépensent 18,6 milliards d'euros sur le champ de la CSBM, soit 7,5 % de l'ensemble. Le reste à charge global diminue de 0,2 point en 2023, porté par la baisse du RAC des biens médicaux hors produits 100 % santé.

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

En 2023, le montant total supporté par les ménages dans la consommation de soins et de bien médicaux (CSBM) est de 18,6 milliards d'euros. Ce reste à charge (RAC)¹ des ménages représente 7,5 % de la CSBM² (graphique 1).

Au cours des dernières années, la contribution des ménages dans le financement de la CSBM a constamment diminué, excepté en 2021. Cette hausse ponctuelle suivait une baisse exceptionnelle de 0,7 point en 2020, due à la prise en charge par l'Assurance maladie de la plupart des dépenses exceptionnelles pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, doublé d'un effet de structure dans la dépense de soins, dans un contexte d'affaissement ponctuel de beaucoup de consommations de santé hors hôpital, sur des postes où le niveau de reste à charge est en moyenne plus élevé.

En 2010, RAC en santé des ménages représentait 10,5 % de la CSBM. Cette part diminue tendanciellement, notamment 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. La baisse de 0,3 point du reste à charge observée en 2019 (dernière année avant le Covid-19) s'explique également par la réduction du RAC des audioprothèses, conséquence du début de la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé.

En 2023, la part de la CSBM restant à la charge des ménages baisse de 0,2 point par rapport à 2022. La part du reste à charge diminue pour les soins hospitaliers et les biens médicaux (hors 100 % santé). En revanche elle augmente pour les soins ambulatoires (hors prothèses dentaires) ainsi que pour les produits 100 % santé (tableau 1).

La baisse du reste à charge à l'hôpital (-0,1 point en 2023) concerne l'hôpital public (-0,2 point, à 1,8 % en 2023). Le reste à charge en clinique privée, sensiblement plus élevé que dans le public (à 6,9 % en 2023), est stable en 2023.

Pour les soins ambulatoires, hors prothèses dentaires, le reste à charge des ménages s'élève à 8,9 % en 2023, en hausse légère de 0,1 point. Au sein de cette composante, les soins de médecins et sages-femmes, ainsi que les soins d'auxiliaires médicaux, enregistrent une augmentation de leur reste à charge, respectivement de 0,5 et 0,3 point. Cette hausse du RAC pour les soins de médecins est due à une augmentation des dépassements d'honoraires, tant pour les généralistes que pour les spécialistes. Le reste à charge est stable pour les transports sanitaires, les laboratoires d'analyses et les cures thermales.

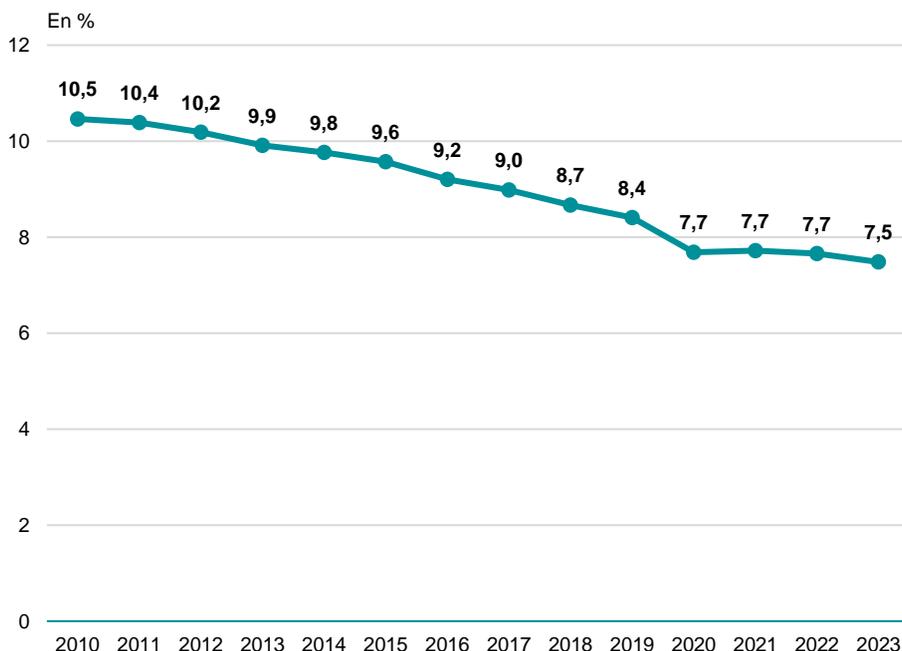
Les biens médicaux hors produits 100 % santé enregistrent une diminution du reste à charge. La plus forte baisse au sein de cette composante concerne les dispositifs médicaux hors produits 100 % santé, avec une réduction de 3,6 points par rapport à 2022. Le reste à charge sur les médicaments ambulatoires est quasi stable (-0,1 point).

Le reste à charge sur les produits du 100 % augmente pour la première fois depuis la mise en place de la réforme. Cette progression est portée par l'accroissement de la part du RAC sur l'optique hors lentilles et examens (+2,1 points par rapport à 2022), ainsi que de celle sur les prothèses dentaires (+0,7 point par rapport à 2022). Seules les audioprothèses hors entretien et réparation continuent de bénéficier d'une diminution de la part du reste à charge, de 1,3 point par rapport à 2022.

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

autres ressources (impôts et taxes, etc.) affectées à la Sécurité sociale.

² La nouvelle méthode de production des comptes (annexe 3) a entraîné des fortes révisions notables du reste à charge des ménages dans l'édition actuelle.

Graphique 1 Évolution de la part de reste à charge des ménages dans la CSBM

Lecture > En 2023, le reste à charge des ménages représente 7,5 % de la CSBM.

Sources > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 Composition du reste à charge des ménages de 2021 à 2023

En millions d'euros

	Niveaux			Taux de reste à charge (en %)		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Ensemble	17 574	18 128	18 626	7,7	7,7	7,5
Soins hospitaliers	3 597	3 618	3 652	3,2	3,1	3,0
Hôpital public	2 346	1 749	1 689	2,8	2,0	1,8
Clinique privée	1 251	1 870	1 964	4,9	7,0	6,9
Soins ambulatoires hors prothèses dentaires	5 087	5 447	5 853	8,6	8,9	9,0
Soins de médecins et de sages-femmes	1 792	2 048	2 262	7,5	8,2	8,6
Soins d'auxiliaires médicaux	1 423	1 366	1 499	8,3	7,7	8,0
Soins de dentistes hors prothèses dentaires	1 492	1 683	1 717	20,2	21,6	20,7
Laboratoires d'analyses et cures thermales	202	166	173	4,1	3,4	3,4
Transports sanitaires	178	184	203	3,1	3,0	3,0
Biens médicaux hors produits 100 % santé	5 373	5 815	5 486	12,8	13,2	12,1
Médicaments en ambulatoire	3 907	4 051	4 137	12,7	12,5	12,4
Dispositifs médicaux hors produits 100 % santé	1 466	1 764	1 349	13,0	15,0	11,4
Produits 100 % santé	3 518	3 256	3 642	22,5	20,8	23,3
Prothèses dentaires	731	763	844	10,6	11,1	11,8
Optique médicale	2 046	1 942	2 258	30,3	28,9	31,0
Audioprothèses	741	550	540	37,4	28,4	27,1

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

Lecture > En 2023, le reste à charge des ménages en soins hospitaliers s'établit à 3 652 millions d'euros, ce qui représente 3,0 % de la consommation de ces soins.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, le reste à charge s'élève en moyenne à 274 euros par habitant

Rapporté à la population française, le reste à charge représente en moyenne 274 euros par habitant en 2023. Cette moyenne cache toutefois de grandes

disparités de restes à charge selon l'âge ou l'état de santé.

Les soins hospitaliers représentent en moyenne 54 euros par habitant. Le reste à charge des soins ambulatoires hors prothèses dentaires s'élève à

86 euros en moyenne par habitant : 33 euros pour les soins de médecins et sages-femmes, 22 euros pour les soins d'auxiliaires médicaux, 25 euros de soins de dentistes hors prothèses dentaires et 3 euros pour les autres postes des soins ambulatoires (transports sanitaires, laboratoires de biologie médicale et cures thermales).

Le RAC sur les biens médicaux hors produits 100 % santé s'élève à 81 euros en moyenne, dont 61 euros pour les médicaments ambulatoires et 20 euros pour les dispositifs médicaux hors produits 100 % santé.

Pour les produits du 100 % santé, le RAC moyen est maximal pour l'optique hors lentilles et examens (33 euros en moyenne), suivi des prothèses dentaires avec 12 euros par habitant et, enfin, des audioprothèses hors entretiens et réparations, avec 8 euros en moyenne (graphique 2).

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

La part financée par les ménages est très hétérogène selon le poste de la consommation en santé.

Elle est minimale pour les soins hospitaliers (3 %) qui sont principalement financés par la Sécurité sociale.

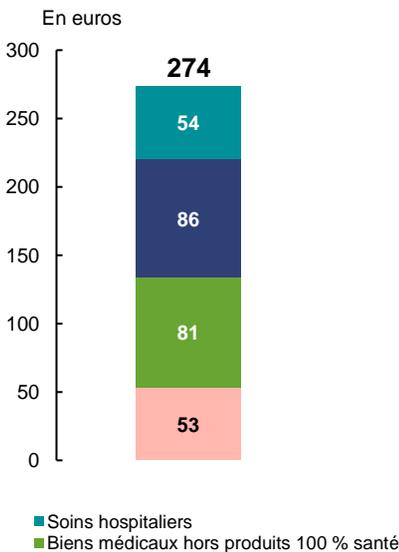
Dans les soins ambulatoires hors prothèses dentaires, le taux de RAC des ménages s'établit globalement à 9 % en 2023. Il est plus élevé pour les soins de dentistes hors prothèses dentaires (20,7 %).

Le reste à charge pour les médicaments en ambulatoire est plus élevé que le RAC moyen (12,4 % en 2023). Cet écart provient notamment des médicaments non remboursables ou achetés sans prescription, qui représentent 10 % du poste en 2023 et ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie et les complémentaires santé.

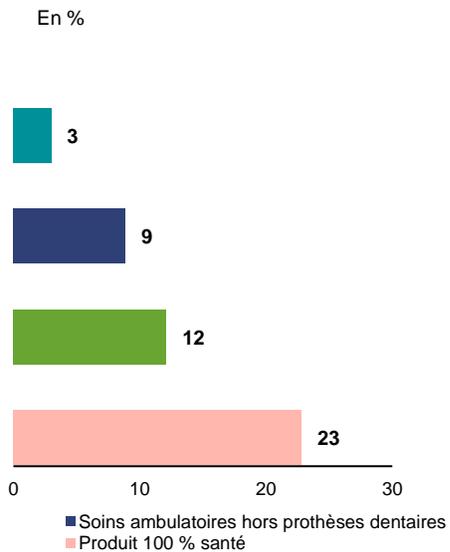
Malgré la réforme du 100 % santé (fiche 22), les produits du 100 % santé restent le poste au taux de RAC le plus élevé (23 %). Il est particulièrement fort pour l'optique hors lentilles et examens (31 % en 2023) et les audioprothèses hors entretien et réparations (27,1 %). Le reste à charge des prothèses dentaires (11,8 %) est moins important que celui des soins de dentistes hors prothèses dentaires (graphique 2).

Graphique 2 Montant moyen de reste à charge par habitant et part de reste à charge par secteur en 2023

a. Reste à charge moyen par habitant



b. Part de reste à charge



Lecture > En 2023, le reste à charge des ménages représente 3 % du total de la consommation de soins hospitaliers, ce qui représente une dépense de 54 euros en moyenne par habitant.

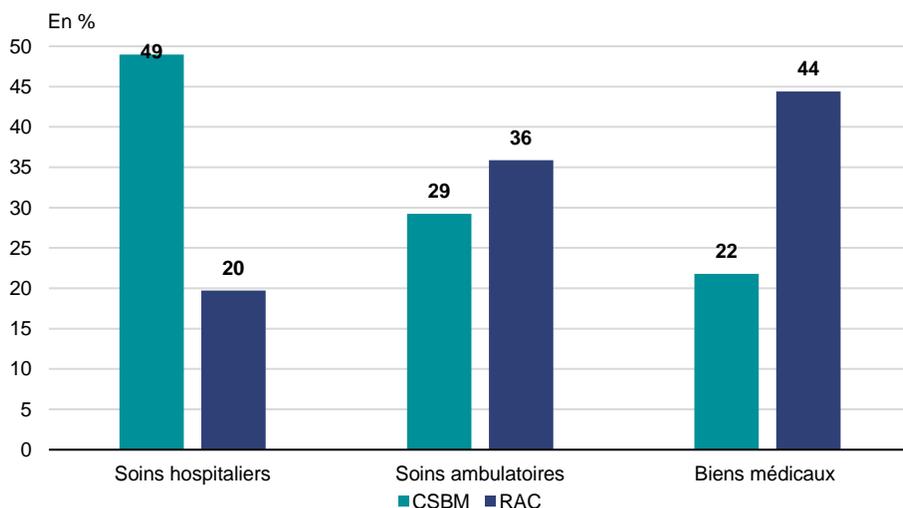
Source > DREES, comptes de la santé.

Les biens médicaux représentent 44 % du RAC en 2023, pour 22 % de la dépense totale de soins

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 (20 %). À l'opposé, la dépense de biens médicaux représente 44 % du RAC, contre 22 % de la CSBM (*graphique 3*).

Graphique 3 Part des principaux postes dans le total de la CSBM et du RAC en 2023



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, le taux de reste à charge des soins ambulatoires diminue de 4,4 points par rapport à 2010

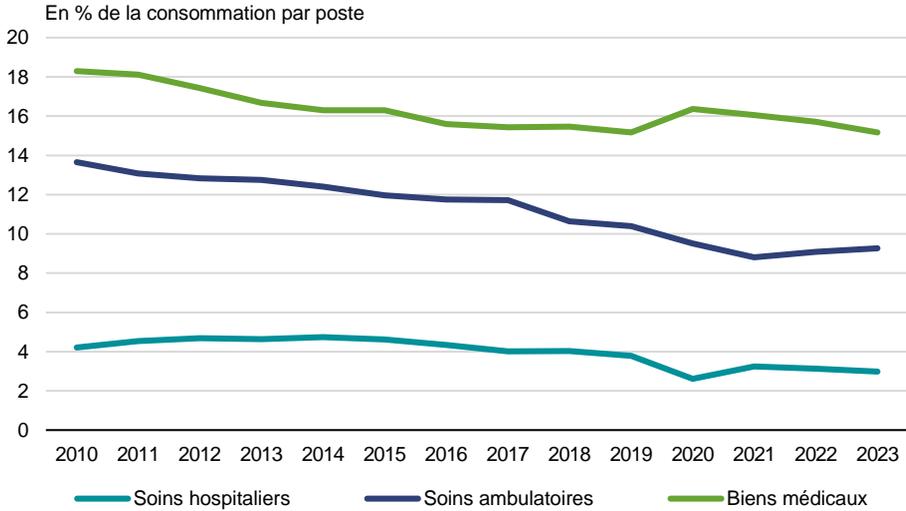
Depuis 2010, le taux de reste à charge des ménages a globalement baissé pour les principaux postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [*graphique 4*].

Les soins hospitaliers continuent d'afficher le taux de reste à charge le plus faible sur la durée. En effet, les soins dispensés par les hôpitaux (publics et privés confondus) sont majoritairement financés par les administrations publiques, notamment pour les patients bénéficiant d'une prise en charge au titre des ALD. Sur une période de plus de dix ans, le taux de reste à charge a reculé de 1,2 point en 2023 par rapport à 2010, alors même qu'il était déjà très faible, à 4 %.

Bien que le taux de reste à charge pour les soins ambulatoires enregistre une légère hausse en 2023, ils sont le poste ayant connu la plus forte baisse sur moyenne période (-4,4 points entre 2010 et 2023). En 2020, la baisse prononcée du taux de reste à charge s'explique en grande partie par la baisse de l'activité des praticiens exerçant en ville, particulièrement affectés par la crise sanitaire liée au Covid-19. L'année 2021 est marquée par les effets de la mise en place de la réforme du 100 % santé sur les prothèses dentaires¹, qui renforce la baisse globale du taux de reste à charge observée pour les soins ambulatoires.

Ces dernières années, les biens médicaux ont également enregistré une baisse significative de leur taux de reste à charge, avec une diminution de 3,1 points par rapport à 2010. Les audioprothèses, par la réforme du 100 % santé, contribuent à cette diminution. En revanche, les effets de cette réforme sur le reste à charge de l'optique médicale hors lentilles et examens, sont plus nuancés. ■

¹ Les prothèses dentaires, dont la pose implique l'intervention d'un dentiste, sont comptabilisées par convention avec les soins dentaires, l'une des composantes des soins ambulatoires.

Graphique 4 Taux de reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

Lecture > En 2023, le reste à charge des ménages représente 3 % de la consommation pour les soins hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement ◀

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 325 milliards d'euros en 2023 ; elle accélère, après un ralentissement en 2022 lié au contrecoup de la crise sanitaire (+3,5 % après +2,2 % en 2022 et +9,2 % en 2021). Les dépenses en dehors du champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) continuent de se replier en 2023 (-1,5 % après -2,8 %) du fait de la forte baisse des dépenses de prévention (-26,3 % après -38,3 %), malgré le dynamisme des soins de longue durée (+6,2 % en 2023). Les dépenses de gouvernance, majoritairement composées des frais de gestion des organismes complémentaires, augmentent à un rythme moins soutenu (+2,5 %). Le taux de reste à charge des ménages augmente un peu en 2023, à 9,3 % de la DCSi (après 9,2 % en 2022), tandis que le taux de prise en charge de la DCSi par les administrations publiques diminue (78,1 % après 78,4 % en 2022).

La dépense courante de santé représente 11,5 % du PIB en 2023

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 325,1 milliards d'euros en 2023 (*tableau 1*). Elle accélère à nouveau, après avoir ralenti en 2022 (+3,5 % après +2,2 % en 2022 et +9,2 % en 2021) [*graphique 1*]. La part de la DCSi dans le PIB continue de diminuer en 2023, atteignant 11,5 % en 2023, après 11,8 % en 2022 et 12,2 % en 2021. Cette part reste néanmoins plus élevée qu'avant le déclenchement de la crise sanitaire liée au Covid-19 (11,2 % en 2019).

En 2023, les dépenses de prévention (fiche 21) diminuent encore plus rapidement qu'en 2022 (-38,3 % après -26,3 %), tirées à la baisse par la diminution des dépenses relatives au Covid-19. Les dépenses de prévention (*graphique 1*) limitent ainsi la croissance de la DCSi en 2023, soutenue par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [+5,2 %] et les soins de longue durée (+6,2 %). Les dépenses de gestion du système de santé (+2,5 %) contribuent également à la croissance de la DCSi mais dans une moindre mesure.

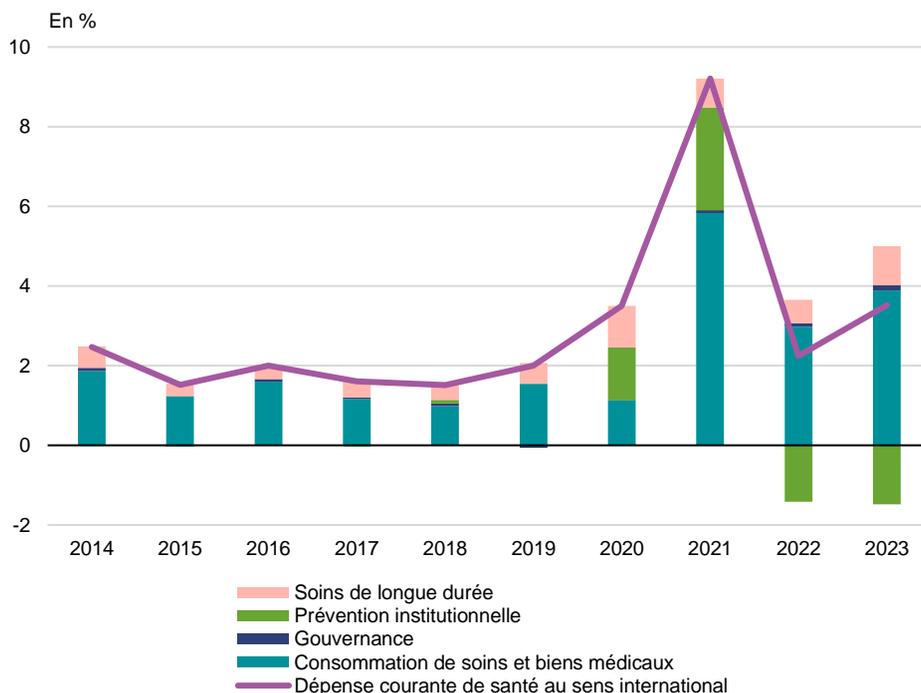
Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) entre 2013 et 2022

En milliards d'euros

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2022-2023 (en %)
Consommation de soins et de biens médicaux	186,8	208,2	211,2	227,6	236,7	249,0	5,2
Hors consommation de soins et de biens médicaux	56,7	63,6	70,1	79,6	77,4	76,2	-1,5
Soins de longue durée	36,4	42,8	45,6	47,7	49,5	52,6	6,2
Prévention institutionnelle	5,5	5,7	9,3	16,5	12,2	7,5	-38,3
Gouvernance	14,8	15,2	15,2	15,4	15,7	16,1	2,5
Dépense courante de santé au sens international	243,5	271,8	281,3	307,2	314,1	325,1	3,5
DCSi (en % du PIB)	11,5	11,2	12,1	12,2	11,8	11,5	

Lecture > En 2023, la dépense courante de santé au sens international s'élève à 325,1 milliards d'euros, soit 11,5 % du PIB. Elle augmente de 3,5 % en 2023.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

Graphique 1 Taux de croissance et contribution à la croissance de la DCSi

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins de longue durée sont à nouveau très dynamiques en 2023

Les soins de longue durée (SLD) représentent 52,6 milliards d'euros en 2023 (tableau 2), soit 16 % de la DCSi. Ils accélèrent nettement en 2023 (à +6,2 % après +3,8 % en 2022).

Les dépenses de soins de longue durée augmentent en 2023 pour les trois catégories de dépenses : celles en faveur des adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée (+7,7 %), des personnes âgées et au titre de la dépendance (+5,5 %), et au titre de la lutte contre la toxicomanie (+7,1 %).

Les dépenses en faveur des adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée recouvrent la prestation de compensation du handicap (PCH), les dotations des régimes de base à destination des établissements pour adultes handicapés ainsi que pour l'enfance et la jeunesse handicapée, et les services de soins infirmiers et de kinésithérapie à domicile pour les publics handicapés. Elles ralentissent, mais restent dynamiques en 2023, s'établissant à 16,2 milliards d'euros.

Les dépenses en faveur des personnes âgées et au titre de la dépendance englobent le financement des aides à la vie quotidienne (financées par l'allocation personnalisée d'autonomie ou payées directement par les ménages), le financement des dépenses en unités de soins de longue durée (USLD), les dotations des régimes de bases aux établissements pour personnes âgées, les soins de dépendance des infirmières et des kinésithérapeutes à domicile pour les personnes âgées, et les dépenses en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Elles accélèrent, pour s'établir à 35,4 milliards d'euros, à la faveur de la hausse du financement par la Sécurité sociale des Ehpad (rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2024).

Les dépenses pour lutter contre la toxicomanie (1,0 milliard d'euros en 2023) ralentissent mais restent dynamiques.

Tableau 2 Dépenses de soins de longue durée entre 2013 et 2023

En millions d'euros

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2022-2023 (en %)
Adultes handicapés et enfance inadaptée	10 233	14 251	14 978	13 758	15 028	16 184	7,7
Personnes âgées et dépendance	25 638	27 820	29 863	33 090	33 513	35 367	5,5
Lutte contre la toxicomanie	555	733	795	842	950	1 018	7,1
Ensemble des soins de longue durée	36 426	42 805	45 636	47 690	49 491	52 569	6,2

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de gestion du système de santé accélèrent en 2023

Les dépenses de gestion s'établissent à 16,1 milliards d'euros en 2023 (soit 5 % de la DCSi), en hausse de 2,5 %.

Les organismes complémentaires représentent plus de la moitié (51 % en 2023) des dépenses de gestion du système de santé. La part de frais de gestion relative au fonctionnement des administrations publiques se décompose en 42 % pour les régimes de sécurité sociale (caisses d'Assurance maladie) et 7 % pour le fonctionnement du ministère chargé de la santé et ses opérateurs.

Les frais de gestion des organismes complémentaires accélèrent de 4,5 % en 2023, après +2,8 % en 2022. Ils ont augmenté de près de 30 % en dix ans. Les dépenses de gestion des régimes de sécurité sociale sont stables en 2023 (0,0 %) et ont diminué de près de 10 % en dix ans. Après s'être contractées

en 2022 (-5,1 %) à la faveur de la réduction des dépenses exceptionnelles liées à la crise due au Covid-19, les dépenses de l'État (personnel du ministère chargé de la santé, dont les agences régionales de santé) rebondissent (+6,8 %) en 2023 (revalorisation des rémunérations dans la fonction publique, renforts liés à la préparation des Jeux olympiques de Paris en 2024).

Les dépenses des opérateurs publics dans le domaine de la santé poursuivent leur baisse en 2023 ; après -6,5 % en 2021 et -6,8 % en 2022, elles diminuent de 11,0 % en 2023. C'est la conséquence de la diminution des financements exceptionnels attribués à Santé publique France pour la gestion de la crise sanitaire.

La part des organismes complémentaires (OC) dans les dépenses de gestion augmente de nouveau en 2023 (+1,0 point). Celle-ci représente 8,1 points de plus qu'en 2013.

Tableau 3 Dépenses de gestion du système de santé entre 2013 et 2023

En millions d'euros

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2022-2023 (en %)
Organismes complémentaires	6 386	7 571	7 621	7 692	7 905	8 261	4,5
Mutuelles	3 320	3 639	3 696	3 687	3 775	3 874	2,6
Entreprises d'assurances	2 283	2 905	2 947	3 045	3 122	3 341	7,0
Institutions de prévoyance	784	1 027	978	960	1 008	1 046	3,8
Sécurité sociale	7 421	6 609	6 554	6 591	6 728	6 727	0,0
Administrations publiques centrales	959	991	1 003	1 118	1 058	1 102	4,2
État	831	819	824	950	902	963	6,8
Opérateurs publics	128	173	179	168	156	139	-11,0
Dépenses de gestion	14 766	15 172	15 178	15 401	15 691	16 090	2,5

Note > Les dépenses de gestion de l'État correspondent à celles du ministère chargé de la santé, tandis que celles de la Sécurité sociale correspondent aux dépenses des régimes de la Sécurité sociale (CNAM, etc.).

Source > DREES, comptes de la santé.

La part de la DCSi financée par la Sécurité sociale demeure à un niveau élevé malgré la baisse des dépenses de prévention liées au Covid-19

La Sécurité sociale finance près des trois quarts de la DCSi : elle prend en charge 73,7 % de la dépense en 2023 (tableau 3). Les organismes complémentaires sont le second financeur (12,1 % de la dépense). Le reste à charge payé directement par les ménages s'établit à 9,3 % de la DCSi. La structure du financement est très hétérogène selon les composantes de la DCSi. La Sécurité sociale finance moins de la moitié de la prévention (44,7 % en 2023), contre 79,5 % pour la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 60,3 % des soins de longue durée (SLD). Les administrations publiques centrales (État et opérateurs publics) et les collectivités locales qui ne financent qu'une faible part de la CSBM (0,6 %) interviennent davantage dans le financement des SLD (18,2 %) et de la prévention (28,0 %). Cette dernière composante est également financée par les entreprises, à 24,1 %.

La crise sanitaire a entraîné une hausse importante du financement de la DCSi par la Sécurité sociale, qui demeure à un niveau élevé en 2023. La part de la DCSi financée par la Sécurité sociale a ainsi augmenté de 3,1 points entre 2019 et 2023. Sur le champ de la CSBM et des soins de longue durée, la part de la Sécurité sociale a augmenté respectivement de 2,6 points et de 4,8 points, principalement sous l'effet des mesures de revalorisation salariale en faveur des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Par ailleurs, la Sécurité sociale a financé l'essentiel des dépenses de prévention liées à la gestion de la crise sanitaire, notamment les campagnes de dépistage et de vaccination contre le Covid-19. Elle reste, en 2023, le premier financeur de la prévention institutionnelle (44,7 %) bien que sa part dans le financement diminue nettement (-21,8 points) avec le reflux de l'épidémie. Entre 2019 et 2023, la part du financement de la DCSi par les autres secteurs a diminué : -1,1 point pour le reste à charge des ménages, -1,1 point pour les administrations publiques centrales et locales, -0,8 point pour les OC et -0,1 point les entreprises.

Tableau 3 Structure du financement de la DCSi entre 2013 et 2023

	En %					
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble de la DCSi (100 %)						
Sécurité sociale	70,1	70,7	71,8	74,0	74,1	73,7
Administrations publiques centrales et locales	5,3	5,5	6,3	4,5	4,3	4,4
Organismes complémentaires	12,6	12,9	11,8	11,8	11,8	12,1
Entreprises privées	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Ménages	11,2	10,4	9,5	9,2	9,2	9,3
Consommation de soins et de biens médicaux (77 %)						
Sécurité sociale	75,5	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5
Administrations publiques centrales et locales	1,6	1,7	2,6	0,8	0,6	0,6
Organismes complémentaires	13,0	13,0	12,0	12,5	12,3	12,4
Ménages	9,9	8,4	7,7	7,7	7,7	7,5
Soins de longue durée (16 %)						
Sécurité sociale	57,4	55,6	59,1	60,1	60,5	60,3
Administrations publiques centrales et locales	18,5	19,4	18,1	17,8	18,0	18,2
Organismes complémentaires	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Ménages	23,9	24,9	22,6	21,9	21,4	21,4
Prévention institutionnelle (2 %)						
Sécurité sociale	24,5	30,4	46,4	74,4	66,5	44,7
Administrations publiques centrales et locales	40,6	36,3	32,8	13,5	16,6	28,0
Organismes complémentaires	1,8	2,9	1,6	0,0	0,0	0,0
Entreprises privées	31,7	29,9	18,0	10,5	14,6	24,1
Ménages	1,4	0,6	1,1	1,6	2,2	3,2
Gouvernance (5 %)						
Sécurité sociale	50,3	43,6	43,2	42,8	42,9	41,8
Administrations publiques centrales et locales	6,5	6,5	6,6	7,3	6,7	6,8
Organismes complémentaires	43,2	49,9	50,2	49,9	50,4	51,3

Note > Par convention, les dépenses de gouvernance sont financées par le secteur auxquels sont rattachés les frais de gestion. Le financement des dépenses de gouvernance des organismes complémentaires est ainsi attribué aux organismes complémentaires eux-mêmes. Les administrations publiques centrales regroupent l'État et les opérateurs publics.

Lecture > En 2023, la Sécurité sociale finance 73,7 % de l'ensemble de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Sur le seul champ des soins de longue durée, la Sécurité sociale finance 60,3 % des dépenses. Les soins de longue durée représentent 16 % de la DCSi en 2023 (chiffre indiqué entre parenthèses en colonne 1).

Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages sur la DCSi augmente un peu en 2023

Entre 2013 et 2019, le taux de reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue d'en moyenne de 0,1 point par an, de 11,2 % en 2013 à 10,4 % en 2019 (*graphique 2*). Entre 2019 et 2021, il diminue de 1,2 point en raison de la crise sanitaire ; il se stabilise en 2022, puis augmente un peu en 2023, pour s'établir à 9,3 % de la DCSi.

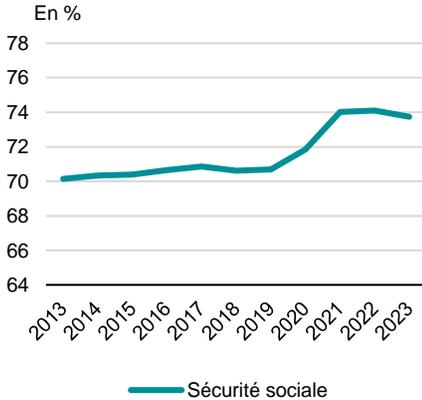
Cette évolution du reste à charge des ménages reflète principalement l'effort de financement des administrations publiques durant la crise sanitaire. Le

taux de financement de la DCSi par les administrations publiques a augmenté fortement lors des deux premières années de la pandémie (+2,3 points entre 2019 et 2021) avant de fléchir légèrement (-0,4 point entre 2021 et 2023), passant de 78,5 % à 78,1 % en 2023 (dont 73,7 % pour la Sécurité sociale et 4,4 % pour l'État et les collectivités territoriales).

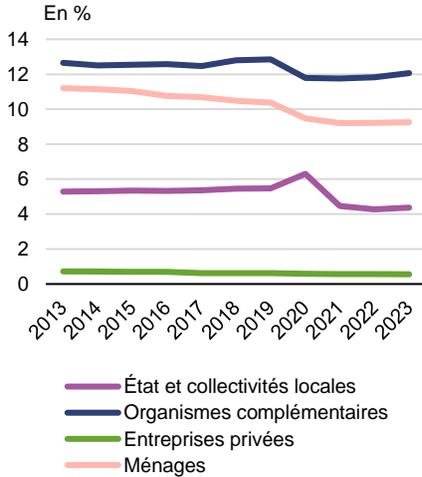
Le taux de prise en charge de la DCSi par les organismes complémentaires augmente à nouveau en 2023, pour s'établir à 12,1 % de la DCSi. Cette hausse fait suite à la période 2020-2022 pendant laquelle ce taux était resté stable, à 11,8 % de la DCSi. Il n'atteint cependant pas son niveau de 2019, à 12,9 % de la DCSi.

Graphique 2 Évolution du financement de la DCSi

a. Par la Sécurité sociale



b. Par les autres financeurs



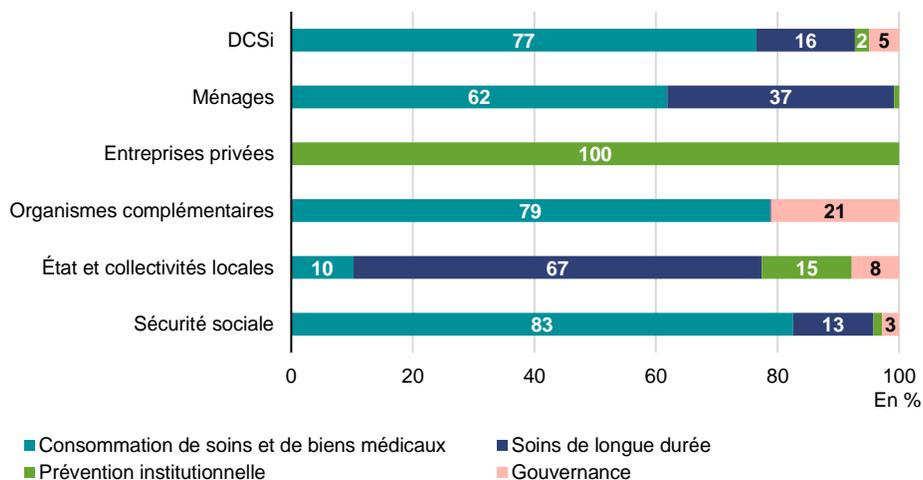
Lecture > En 2023, la Sécurité sociale finance 73,7 % de la DCSi et les ménages 9,3 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Un tiers du reste à charge des ménages provient des soins de longue durée

Les financeurs n'allouent pas leurs dépenses aux mêmes postes de la DCSi : 79 % de la dépense des organismes complémentaires finance la CSBM (*graphique 3*), tandis que les 21 % restants correspondent à leurs dépenses de gestion. La Sécurité sociale alloue 83 % de son financement de la DCSi au financement de la CSBM et 3 % pour couvrir ses frais de gestion. La majorité des dépenses de l'État et des collectivités locales servent à financer les dépenses de soins de longue durée.

L'État alloue également 15 % de son financement de la DCSi au financement de dépenses de prévention, et 10 % au financement de la CSBM. Les coûts de gestion du système de santé supportés par l'État et les collectivités locales représentent 8 % de la DCSi qu'ils financent. Les entreprises privées ne financent, quant à elles, que des dépenses de prévention. Pour les ménages, 62 % de leurs paiements directs financent des dépenses de santé courante (CSBM) et 37 % sont consacrés aux soins de longue durée, bien que ceux-ci ne représentent que 16 % de l'ensemble de la DCSi. ■

Graphique 3 Structure de la dépense des financeurs de la DCSi en 2023

Lecture > En 2023, 13,2 % des dépenses de la Sécurité sociale sur le champ de la DCSi sont alloués au financement des soins de longue durée.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2024, octobre). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024 et 2025.*
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2024, mai). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024.*

Après une forte baisse en 2022 (-26 %), les dépenses de prévention diminuent de nouveau de 38 % pour s'établir à 7,5 milliards d'euros. Cette évolution résulte principalement de la réduction des dépenses de prévention liées au Covid-19, amorcée dès l'année précédente. En particulier, les dépenses liées aux tests de dépistage et à la vaccination reculent avec le reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année 2022.

Bien que l'Assurance maladie reste encore en 2023 le principal financeur des dépenses de prévention, sa part a reculé pour représenter 45 % des dépenses de prévention, contre 67 % en 2022 et 74 % en 2021.

Un recul des dépenses de prévention après le pic de 2021

Après avoir été globalement stables entre 2013 et 2019, autour de 5,5 milliards d'euros, les dépenses de prévention ont fortement augmenté en 2020 (+63,7 %), de 5,7 à 9,3 milliards d'euros, en raison de l'épidémie de Covid-19 en France (*graphique 1*).

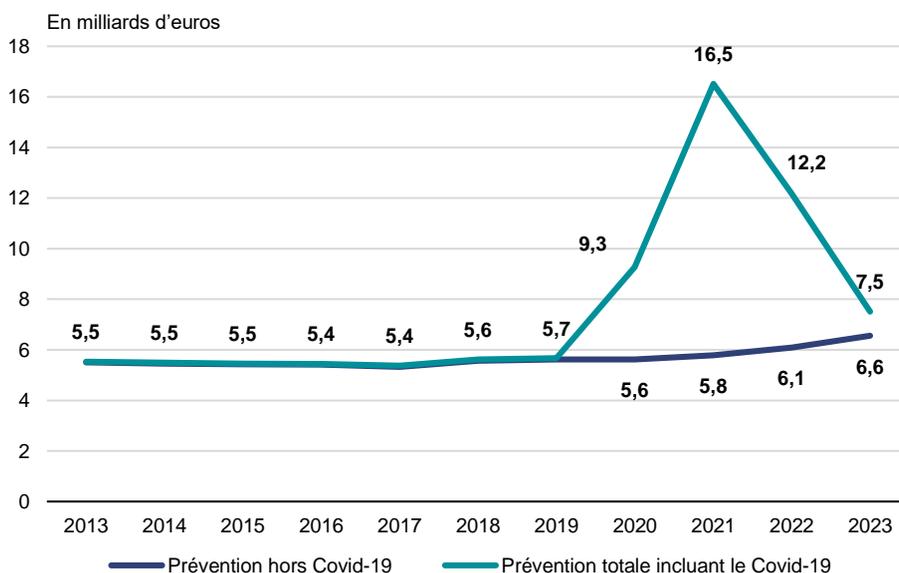
En 2021, l'intensification des campagnes de dépistage et le lancement de la campagne de vaccination ont induit une forte augmentation (+78 %) des dépenses de prévention qui ont atteint 16,5 milliards d'euros.

En 2022, le recul de l'épidémie de Covid-19 a provoqué une nette diminution des dépenses de prévention (-26 %), à 11,8 milliards d'euros.

La baisse se poursuit en 2023, avec une nouvelle diminution de 38 %, portant les dépenses de prévention à 7,5 milliards d'euros, principalement en raison de la diminution marquée des dépenses liées au Covid-19, qui deviennent marginales en 2023 (*tableau 1*).

En 2023, hors dépenses liées au Covid-19, les dépenses de prévention augmentent de 7,7 %, pour atteindre 6,6 milliards d'euros, principalement soutenues par la hausse des vaccins hors Covid-19 (+23,5 %) et par les dépenses de prévention en protections maternelle et infantile (PMI) [+11,4 %].

Graphique 1 Montant des dépenses annuelles de prévention



Note > Les dépenses de prévention liées au Covid-19 recouvrent les tests de dépistage et vaccination contre le Covid-19.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 Dépenses de prévention entre 2013 et 2023

En millions d'euros

	2013	2020	2021	2022	2023	Évolution 22/23 (En %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	609	697	706	742	778	4,9
Information, promotion, éducation à la santé	255	295	277	291	288	-1,3
Lutte contre les addictions	58	79	82	96	104	8,3
Médecine scolaire	283	297	319	322	350	8,7
Nutrition-santé	12	26	27	32	36	13,3
HC.62 - Programmes de vaccination	622	716	4 347	2 338	1 501	-35,8
Achat de vaccins Covid-19	0	0	2 079	822	222	-73,0
Vaccination Covid-19	0	0	1 492	585	131	-77,6
Vaccins hors Covid-19	622	716	776	930	1 149	23,5
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	314	2 558	6 874	4 719	839	-82,2
Dépistage autres pathologies	67	43	47	51	57	10,9
Dépistage des tumeurs	102	135	140	139	162	16,3
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	145	205	233	235	255	8,4
Tests PCR Covid-19 ¹	0	1 908	4 497	2 407	190	-92,1
Tests TAG Covid-19 et autotests	0	267	1 956	1 886	175	-90,7
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 505	3 563	3 607	3 690	3 860	4,6
Bilans bucco-dentaires	56	70	91	85	91	6,1
Examens de santé	180	221	201	196	198	1,3
Médecine du travail	1 823	1 733	1 793	1 833	1 852	1,0
Médecine scolaire	268	288	310	311	338	8,6
PMI – Planning familial	795	790	765	793	883	11,4
Programme de suivi de populations spécifiques	111	110	120	165	179	8,4
Prévention des risques professionnels	272	352	326	306	318	4,1
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	449	257	267	303	296	-2,3
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	34	1 481	714	384	241	-37,2
Ensemble de la prévention	5 533	9 272	16 515	12 175	7 516	-38,3

1. Y compris prélèvements des tests.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, une baisse des dépenses de prévention, principalement attribuable à celles liées au Covid-19

Les dépenses de prévention dédiées à la lutte contre l'épidémie, comprenant les tests de dépistage, la vaccination et les interventions en cas d'urgence, ont fortement baissé. Après avoir atteint 3,7 milliards d'euros en 2020, elles ont bondi à 10,7 milliards d'euros en 2021. Toutefois, avec le ralentissement de l'épidémie, elles ont chuté à 6,1 milliards d'euros en 2022 (*graphique 2*).

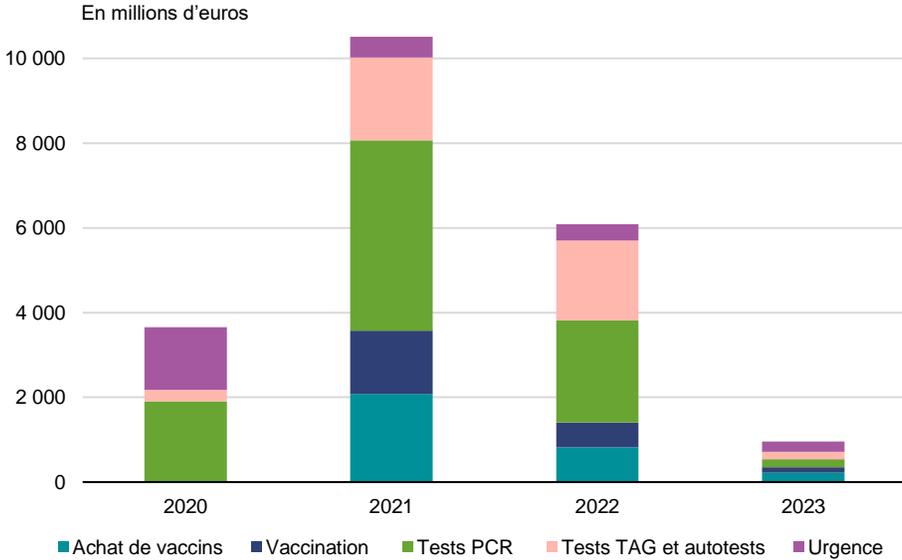
En 2023, ces dépenses chutent à 1,0 milliard d'euros (soit -84,2 %). Cette diminution s'explique principalement par la nette réduction du recours aux tests de dépistages du Covid-19, qui constituaient une part significative dans l'ensemble des dépenses de prévention ces dernières années. En effet, les dépenses liées aux tests PCR sont passées de 2,4 milliards d'euros en 2021, à 0,2 milliard en 2023.

La part que les tests représentent dans les dépenses de prévention liées au Covid-19 a ainsi diminué (52 % en 2020 contre 20 % en 2023).

La vaccination, débutée fin 2020 et initialement ciblée sur les personnes à risque, a rapidement été étendue à toute la population, avec de nombreux centres ouverts en 2021. La progression du taux de couverture vaccinale contre le Covid-19 a permis la fermeture de certains centres en 2022 et le transfert des injections vers les cabinets et pharmacies. La baisse d'intensité de la campagne vaccinale s'est traduite par une baisse de ces dépenses en 2022 (-60,8 %), qui se poursuit en 2023 (-77,6 %).

En 2023, les achats de vaccins Covid-19 s'élèvent à 0,2 milliard d'euros.

En parallèle, les dépenses d'urgence liées au développement des applications informatiques nécessaires à la lutte contre l'épidémie (SI-DEP, TousAntiCovid, prise de rendez-vous, etc.) ont également fortement baissé, passant de 1,4 milliard d'euros en 2020 à 0,2 milliard d'euros en 2023, du fait du recul des besoins en suivi épidémiologique.

Graphique 2 Dépenses de prévention dédiées à la lutte contre le Covid-19

Source > DREES, comptes de la santé.

Une progression des vaccins hors Covid-19 portée par les vaccins contre le méningocoque et le papillomavirus

En 2023, les dépenses de prévention, hors lutte contre l'épidémie de Covid-19, s'élèvent à 6,6 milliards d'euros, affichant une dynamique opposée à celle des dépenses de prévention incluant les coûts liés au Covid-19.

En effet, ces dépenses augmentent de 7,7 % en 2023, après +6,1 % en 2022, un rythme de croissance bien supérieur à celui observé avant la crise sanitaire (+0,3 % en moyenne par an entre 2013 et 2019).

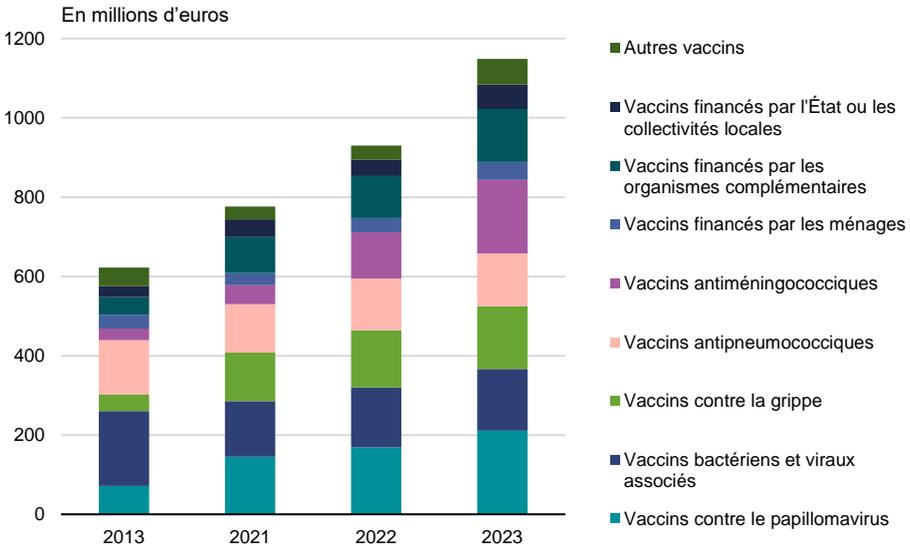
Les dépenses de vaccins (hors Covid-19) figurent parmi les principaux moteurs de cette augmentation, avec une hausse de 23,5 % en 2023, pour s'établir à 1,1 milliard d'euros.

Bien que les mesures de restriction sanitaire durant la crise due au Covid-19 aient contribué à une baisse notable des infections invasives à méningocoques, leur circulation a repris ces dernières années. Premiers contributeurs à la hausse des vaccins hors Covid-19, les dépenses de vaccins antiméningococciques sont en forte augmentation en 2023 (+60 %), à 186 millions. Cette hausse devrait se poursuivre à l'avenir, car la

Haute Autorité de santé a rendu obligatoire la vaccination contre les méningocoques pour les nourrissons à partir de 2025 et a préconisé une vaccination de rattrapage pour les 15-24 ans.

Les vaccins contre le papillomavirus ont également contribué à la hausse des dépenses de vaccins hors Covid-19, avec une augmentation de 25,1 % en 2023. Cette progression s'explique par de nouvelles campagnes de vaccination ciblant les adolescents dans les établissements scolaires. Pour l'année scolaire 2023-2024, une campagne de vaccination a été lancée pour les élèves de 11 à 14 ans.

Avec une augmentation de près de 80 %, les dépenses pour les autres vaccins s'élèvent à 64 millions d'euros en 2023. Parmi eux, le vaccin contre le rotavirus a contribué à la croissance des dépenses de vaccination. Administré principalement aux nourrissons, ce vaccin prévient les gastro-entérites aiguës provoquées par le rotavirus, touchant essentiellement les enfants de moins de cinq ans. L'année 2023 a été marquée par une progression significative de la couverture vaccinale chez les nourrissons, avec l'introduction d'une dose à 8 mois. Les nourrissons nés en 2023 constituent ainsi la première cohorte pour laquelle cette vaccination est pleinement recommandée (*graphique 3*).

Graphique 3 Dépenses de vaccins (hors Covid-19) par type entre 2013 et 2023

Note > La décomposition par type de vaccins est uniquement disponible pour l'Assurance maladie. Pour les autres financeurs, les montants sont présentés de manière globale.

Source > DREES, comptes de la santé ; Medic'AM, Assurance maladie ; calculs DREES.

L'Assurance maladie prend en charge la majorité des dépenses liées à la vaccination et aux dépistages

La crise sanitaire a modifié la répartition des dépenses de prévention par financeur. Avant l'épidémie, ces dépenses étaient divisées en trois parts sensiblement égales entre l'Assurance maladie, l'État et les collectivités locales ainsi que les entreprises privées. Durant la crise sanitaire, la part prise en charge par l'Assurance maladie a considérablement augmenté, atteignant un maximum en 2021, où elle finançait près de trois quarts des dépenses de prévention (*graphique 4*).

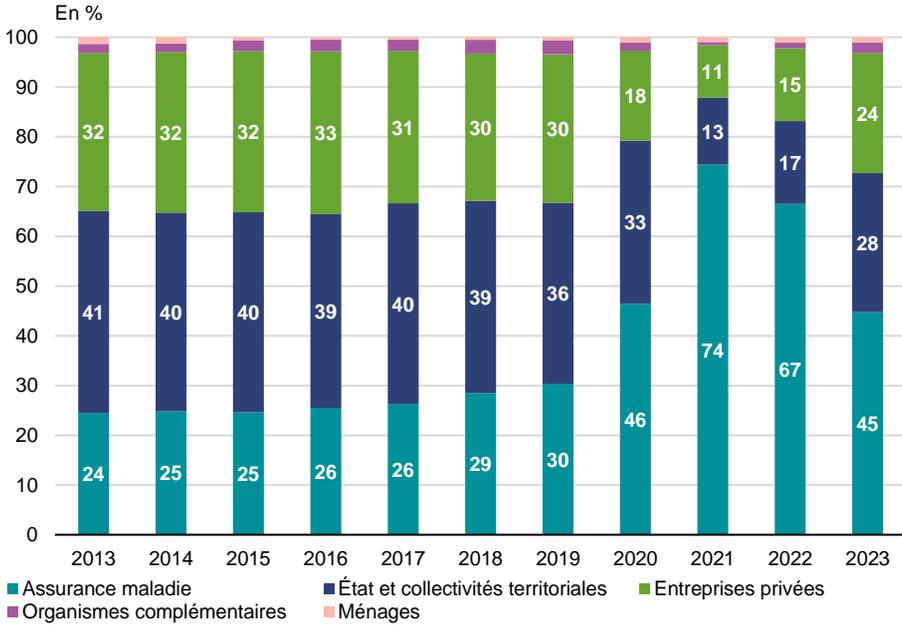
En 2022, la diminution des dépenses de lutte contre le Covid-19 a entraîné le recul de cette part de 8 points de pourcentage. Cette tendance s'est poursuivie en 2023, la part prise en charge par l'Assurance maladie tombant à 45 % (-22 points de pourcentage par rapport à 2022). Ainsi, en 2023, la structure par financeur se rapproche de celle observée avant la crise. La part financée par l'État et les collectivités territoriales s'élève à 28 %, contre 17 % en 2022, tandis que parcelle des entreprises privées a atteint 24 %.

En 2023, les dépenses relatives à la vaccination et au dépistage sont quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, respectivement à hauteur de 80 % et 92 % (*graphique 5*). Ces parts poursuivent leur recul en 2023, avec la forte diminution des dépenses de crise, mais l'Assurance maladie demeure le principal financeur des dépenses de prévention (45 % en 2023).

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 2023 ; 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, notamment au titre de la médecine scolaire. Les organismes complémentaires participent, quant à eux, au financement des vaccins hors Covid-19.

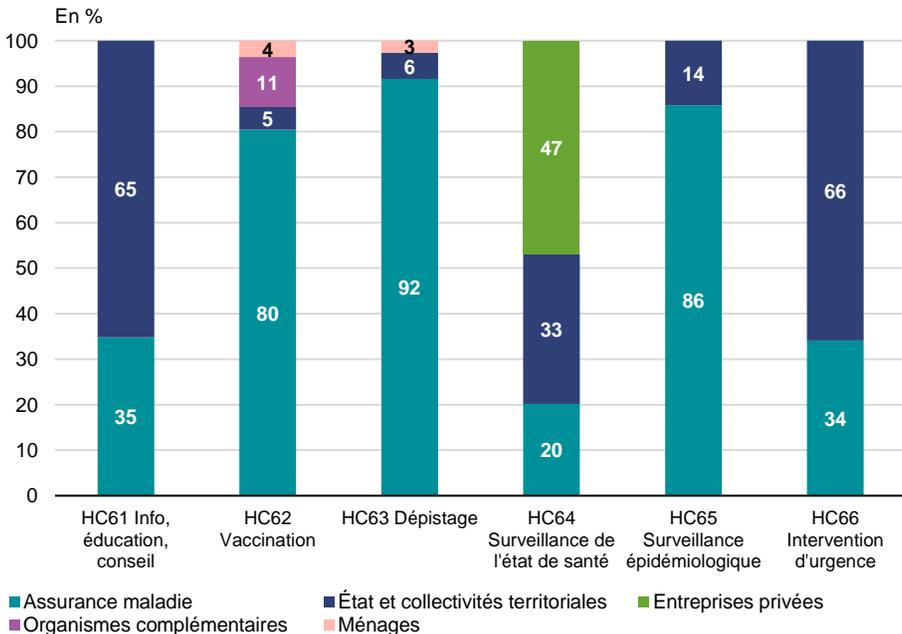
Enfin, le financement par les ménages représente, en 2023, 1 % de la dépense de prévention, soit 0,1 milliard d'euros. Il est composé essentiellement des autotests achetés sans prescription. L'Assurance maladie ne prend pas en charge ce type de dépistage, l'intégralité de la dépense est donc supportée par les ménages.

Graphique 4 Répartition des dépenses de prévention par financeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention en 2023



Source > DREES, comptes de la santé

Encadré Focus sur certains tests liés à la santé mentale

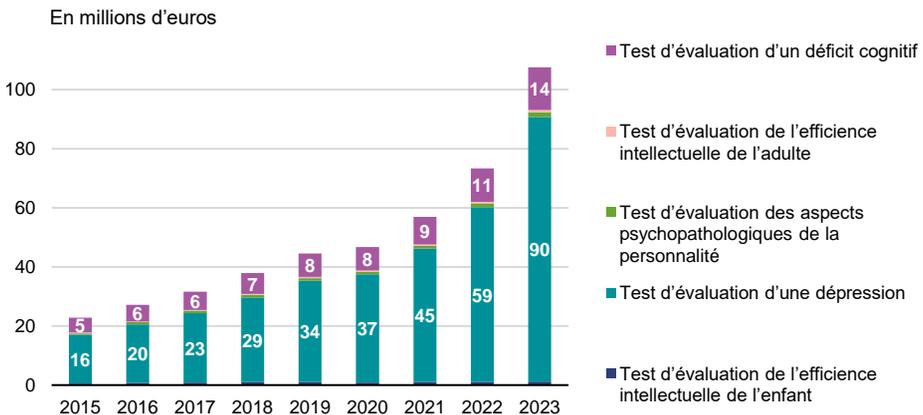
> Une augmentation des tests liés à la santé mentale par les professionnels de santé en secteur libéral, en 2023

En 2023, l'Assurance maladie a pris en charge 110 millions d'euros de tests liés à la santé mentale, réalisés par les professionnels de santé en secteur libéral. Ces tests, qui participent au suivi et au dépistage des troubles dans le champ de la santé mentale, ne sont cependant pas inclus dans le champ des dépenses de prévention défini au niveau international (System of Health Accounts, SHA) et présenté dans cette fiche. Ces dépenses sont donc comprises dans les soins courants de professionnels de santé ayant réalisé ces tests.

L'évaluation de la dépression, recommandée pour estimer la sévérité d'un état dépressif caractérisé et confirmer la nécessité d'un traitement, constitue la principale composante des tests en santé mentale pris en charge par l'Assurance maladie (90 millions d'euros en 2023). Viennent ensuite les tests d'évaluation d'un déficit cognitif utilisés pour évaluer les capacités cognitives et diagnostiquer ou faire le suivi des maladies telle que la maladie d'Alzheimer (14 millions d'euros en 2023). Les autres types de tests (tests d'évaluation des aspects psychopathologiques de la personnalité qui permettent d'évaluer les traits psychopathologiques tels que les troubles de la personnalité ; tests de l'efficacité intellectuelle chez l'adulte ou l'enfant) ont représenté moins de 4 millions d'euros en 2023 (graphique 6).

En 2023, les dépenses de tests pris en charge par l'Assurance maladie ont fortement progressé (+46,7 %), essentiellement en raison de l'augmentation des tests de dépression (+51,4 %).

Graphique 6 Dépenses de tests liés à la santé mentale entre 2015 et 2023

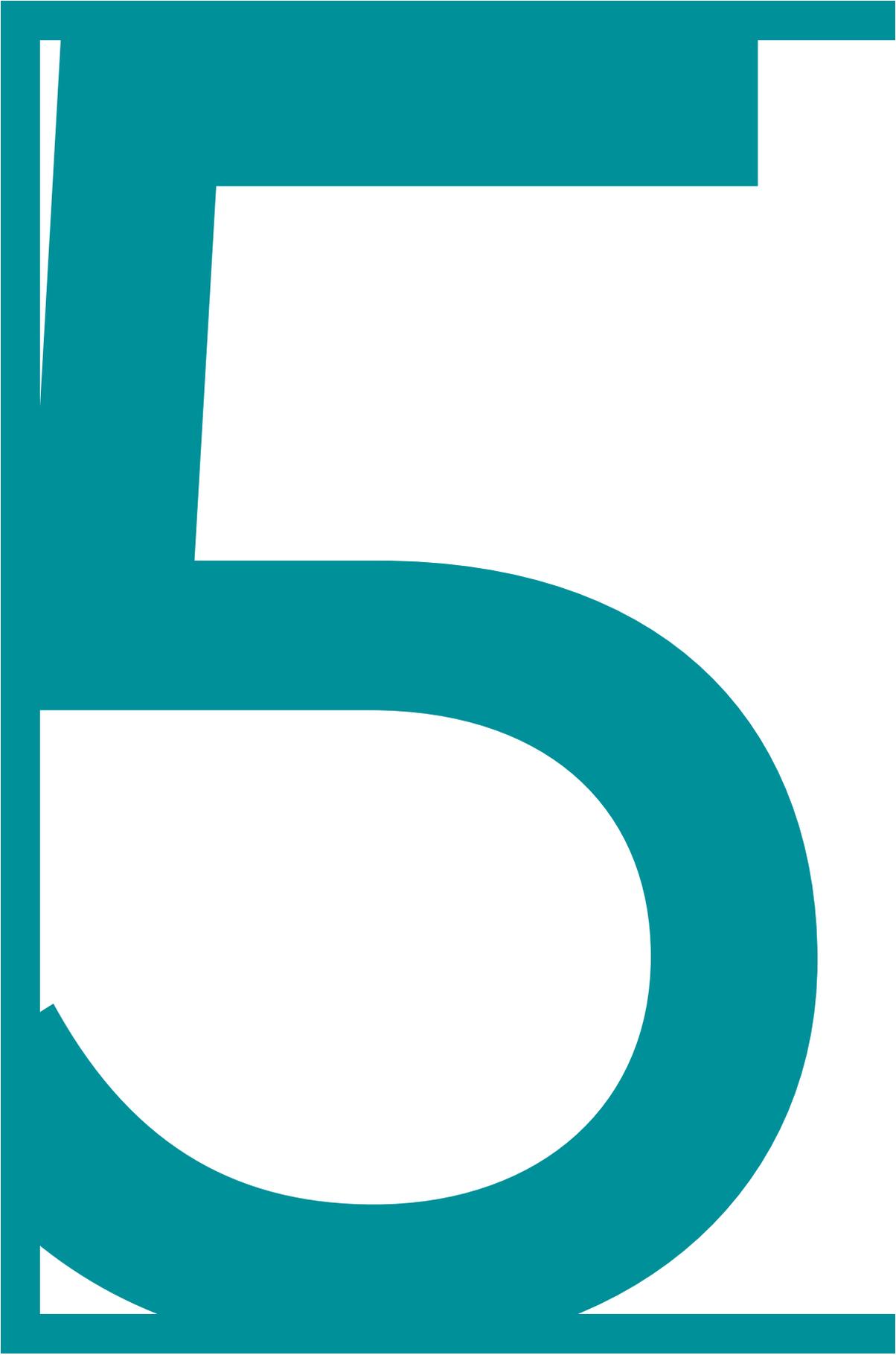


Champ > Les montants présentent l'activité technique réalisée par les professionnels de santé en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées, centres de santé) et remboursée chaque année par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, pour chaque acte technique de la CCAM.

Source > Actes techniques de la CCAM de 2015 à 2023, Ameli ; calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > **Haute autorité de santé (2024, mars).** *Infections invasives à méningocoques : des recommandations vaccinales actualisées.*
- > **Haute Autorité de santé (2023, septembre).** *Révision de la stratégie vaccinale contre les infections invasives à méningocoque des sérogroupes ACWY et B.*
- > **Santé publique France (2024, mai).** *Infections invasives à méningocoque en France en 2023.*
- > **Santé publique France (2024, avril).** *Vaccination en France. Bilan de la couverture vaccinale en 2023*



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2023, les dépenses sans reste à charge des paniers 100 % santé s'élèvent à 4,3 milliards d'euros, à 80 % sur le poste des prothèses dentaires.

Pour les audioprothèses hors accessoires, les dépenses du panier 100 % santé reculent de 4 % en 2023 alors qu'elles augmentent de 5 % pour le panier à tarif libre. En optique médicale hors lentilles et examens, les dépenses 100 % santé augmentent fortement (+14 %), à un rythme deux fois plus élevé que dans le secteur à tarif libre ; néanmoins, la part du 100 % santé reste limitée (6 % de la dépense hors lentilles et examens en 2023). Les dépenses de prothèses dentaires augmentent peu ou prou au même rythme pour le 100 % santé, le tarif maîtrisé et le tarif libre.

Depuis le début de la montée en charge du dispositif en 2019, le reste à charge des ménages a été divisé par deux sur les audioprothèses hors accessoires et les prothèses dentaires, tandis qu'il est resté stable pour l'optique hors lentilles.

Les dépenses sans reste à charge 100 % santé s'élèvent à 4,3 milliards d'euros en 2023

Après une forte croissance des dépenses entre 2019 et 2021, liée à la montée progressive du dispositif (*encadré 1*), les dépenses du 100 % santé prises dans leur globalité, progressent modérément depuis 2021. En 2023, elles s'élèvent à 4,3 milliards d'euros (contre 4,2 en 2021 et 2022), dont 3,5 milliards de prothèses dentaires, 450 millions d'audioprothèses hors accessoires et 435 millions d'optique médicale hors lentilles et examens. À ces montants de dépenses sans reste à charge s'ajoutent 2,2 milliards d'euros de dépenses de prothèses dentaires à tarif maîtrisé.

En 2023, les évolutions des dépenses du 100 % santé sont très différenciées entre dans les trois postes concernés par le dispositif. Dans l'optique médicale, les dépenses 100 % santé augmentent de 14 %, soit près de deux fois plus vite que les dépenses du secteur libre. Pour les audioprothèses, les dépenses 100 % santé reculent de 4 % en 2023 alors qu'elles augmentent de 5 % dans le secteur à tarif libre. Les dépenses de prothèses dentaires augmentent à peu près au même rythme pour le 100 % santé, le tarif maîtrisé et le tarif libre (*tableau 1*).

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

a. En niveau

En millions d'euros

	2021	2022	2023
Audioprothèses hors accessoires¹	1 983	1 937	1 995
100 % santé (Classe I)	494	472	453
Tarif libre (Classe II)	1 489	1 464	1 542
Optique médicale hors lentilles et examen²	6 743	6 730	7 287
100 % santé (Panier A)	354	381	435
Tarif libre (Panier B)	6 389	6 349	6 851
Prothèses dentaires	6 900	6 896	7 173
100 % santé	3 306	3 329	3 448
Tarif maîtrisé	2 141	2 153	2 252
Tarif libre	1 453	1 414	1 473

b. En évolution

En %

	2022	2023
Audioprothèses hors accessoires¹	-2,3	3,0
100 % santé (Classe I)	-4,4	-4,2
Tarif libre (Classe II)	-1,6	5,3
Optique médicale hors lentilles et examen²	-0,2	8,3
100 % santé (Panier A)	7,7	14,2
Tarif libre (Panier B)	-0,6	7,9
Prothèses dentaires	-0,1	4,0
100 % santé	0,7	3,6
Tarif maîtrisé	0,6	4,6
Tarif libre	-2,7	4,2

1. Cette fiche présente un montant total des audioprothèses qui diffère de celui indiqué dans la fiche sur les dispositifs médicaux, car elle se concentre exclusivement sur les produits du 100 % santé. Par conséquent, les accessoires associés aux audioprothèses ne sont pas inclus dans cette fiche.

2. Cette fiche présente un montant total de l'optique médicale qui diffère de celui indiqué dans la fiche sur la fiche 14, car elle se concentre exclusivement sur les produits du 100 % santé. Par conséquent, les lentilles et examens associés aux biens d'optiques ne sont pas inclus dans cette fiche.

Source > DREES, comptes de la santé.

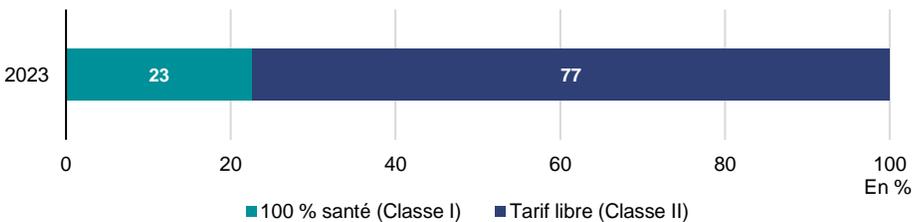
En 2023, la consommation d'audioprothèses 100 % santé baisse de nouveau

La mise en place de la réforme du 100 % santé en audiologie, en 2019, a facilité l'accès à des équipements 100 % santé (classe I), dont la part a progressé de 16 points de pourcentage. En 2021, la consommation d'équipements de classe I avait fortement augmenté, atteignant près de 500 millions d'euros, contre environ 60 millions en 2020. Les dépenses dans le secteur libre (classe II) avaient également enregistré une croissance élevée (+26 %) cette même année.

À la suite de cette année exceptionnelle, les deux classes d'équipement diminuent en 2022 (-4,4 % pour les équipements du 100 % santé et -1,6 % pour les équipements à tarif libre).

En 2023, la consommation d'audioprothèses, hors accessoires, marque un retour à la hausse (+3 %). Cette reprise est portée par les équipements de la classe II, en hausse de 5,3 % par rapport à 2022. En revanche, les produits de la classe I continuent de décliner (-4,2 % en 2023) [tableau 1]. La réforme du 100 % santé a initialement provoqué une forte augmentation de la part des équipements de classe I, en 2021, à la suite de la crise sanitaire, avec une hausse de 20 points de pourcentage entre 2020 et 2021. Par la suite, cette part s'est stabilisée. La part des équipements de la classe II reste largement majoritaire (graphique 1).

Graphique 1 Répartition de la dépense totale d'audioprothèses, hors accessoires, par panier



Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires, premiers financeurs de l'audioprothèse hors accessoires

En 2023, les organismes complémentaires sont les premiers financeurs de la dépense d'audioprothèses, hors accessoires, avec 49 % du total de la dépense (tableau 2). Pour les appareils auditifs du panier 100 % santé, cette part atteint 71 % (contre 42 % pour le panier à tarif libre).

La Sécurité sociale finance, quant à elle, 24 % de la dépense d'appareils auditifs (28 % pour le panier 100 % santé, 23 % pour le panier libre).

La part de la consommation d'audioprothèses, hors accessoires, à la charge des ménages varie fortement entre les deux paniers. Le reste à charge des ménages estimé en 2023 pour les produits de la classe I est résiduelle¹ (1 %), de l'ordre de 4 millions d'euros. Pour les audioprothèses au tarif libre, les ménages prennent en charge 35 % de la dépense totale en 2023, ce qui représente un reste à charge global d'environ 540 millions d'euros.

Tableau 2 Répartition de la consommation d'audioprothèses par panier et financeur en 2023

En millions d'euros

	Total Audioprothèses, hors accessoires		Classe I 100 % santé		Classe II Tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	481	24	128	28	353	23
État	0	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	973	49	320	71	653	42
Ménages	540	27	4	1	536	35
Total	1 995	100	453	100	1 542	100

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2023, forte hausse marquée de la consommation d'optique, hors lentilles et examens du 100 % santé

En 2023, la consommation totale d'équipements d'optique médicale, hors lentilles et examens, atteint 7,3 milliards d'euros, enregistrant une hausse de 8,3 %, après une légère baisse en 2022 (-0,2 %) [tableau 1]. Cette croissance est soutenue par le panier A « 100 % santé », qui connaît une progression marquée de 14,2 %, atteignant 435 millions d'euros.

Le panier B, à tarif libre progresse également, mais à un rythme moins soutenu de 7,9 %. Ainsi, la consommation du panier A, en 2023, progresse deux fois plus que celle du panier B.

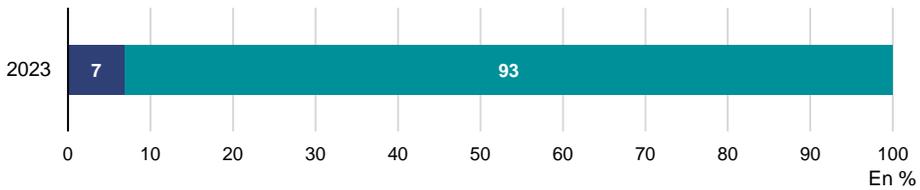
Relativement aux audioprothèses, hors accessoires, ou aux prothèses dentaires, la part du 100 % santé dans le total de la consommation de biens d'optique médicale, hors lentilles et examens, est faible (4 % pour les montures et 7 % pour les verres) [graphique 2] ; progressant légèrement en 2023. Le recours aux équipements du 100 % santé est un peu plus fréquent pour les verres que pour les montures. Les patients privilégieraient davantage le panier B (pour lesquels les prix sont libres) pour les montures, afin d'avoir accès à des montures jugées plus esthétiques et confortables.

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-

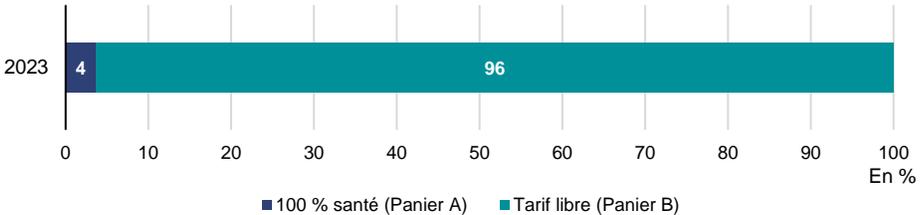
lement traduire – dans une moindre mesure – des imprécisions dans les données mobilisées (erreur de classification à un niveau fin, décalages temporels et autres erreurs de mesure), en particulier celles des organismes complémentaires.

Graphique 2 Répartition de la dépense totale d'optique médicale hors lentilles et examen, par type de panier

a. Verres



b. Montures



Source > DREES, comptes de la santé.

Prépondérance de la Sécurité sociale dans le financement du panier A, dit 100 % santé

S'agissant des équipements du panier 100 % santé, le reste à charge des ménages est nul en 2023. La Sécurité sociale et les organismes complémentaires se partagent le financement de ces dépenses : la Sécurité sociale finance plus de la moitié de cette

consommation (64 %) [tableau 3], le reste étant financé par les organismes complémentaires (36 %). En revanche, pour les équipements du panier B au tarif libre, les organismes complémentaires financent la plus grande partie de la consommation (67 % en 2023). La Sécurité sociale ne finançant qu'une faible partie de cette dépense, le reste à charge des ménages représente 33 % en 2023, soit environ 2,3 milliards d'euros en 2023.

Tableau 3 Répartition de la consommation d'optique médicale hors lentilles par panier et financeur en 2023

En millions d'euros

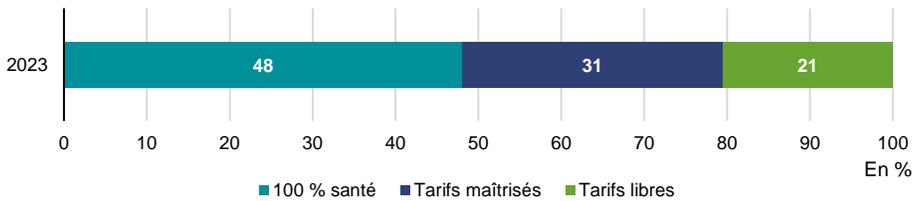
	Total optique médicale, hors lentilles et examens		Panier A « 100% santé »		Panier B « Tarif libre »	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	280	4	279	64	1	0
État	0	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	4 748	65	156	36	4 592	67
Ménages	2 258	31	0	0	2 258	33
Total	7 287	100	435	100	6 851	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de prothèses dentaires progressent en 2023

En 2023, la consommation de prothèses dentaires augmente (+ 4 %) pour s'établir à 7,2 milliards d'euros (tableau 1). Les trois paniers de prothèses dentaires définis par la réforme 100 % santé sont en hausse en 2023 (+ 3,7 % pour le panier 100 % santé, + 4,4 % pour les paniers à tarifs maîtrisés et + 4,2 % pour les paniers à tarif libre).

Les prothèses dentaires sans reste à charge représentent 3,5 milliards d'euros en 2023, soit 48 % de la dépense totale en prothèses dentaires (graphique 3). La part de chaque panier dans la consommation de prothèses dentaires se stabilise : le panier à tarif libre se stabilise en 2023 à 21 % et le panier aux tarifs maîtrisés à 31 %.

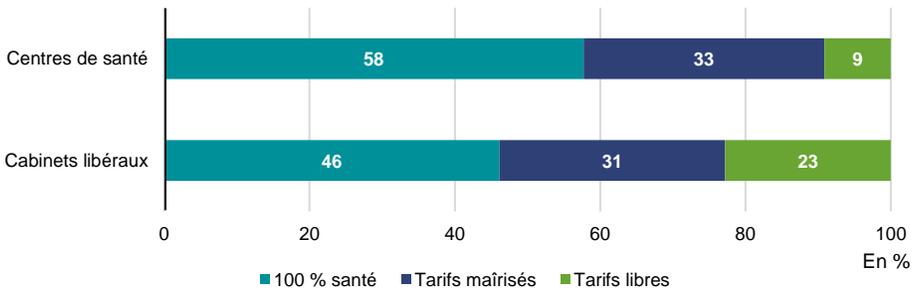
Graphique 3 Répartition de la dépense totale des prothèses dentaires par type de panier

Source > DREES, comptes de la santé.

Le panier 100 % santé est majoritaire au sein des centres de santé

En 2023, 58 % de la consommation de prothèses dentaires des centres de santé provient du panier 100 % santé et 33 % du panier à tarif maîtrisé (graphique 4).

Dans les cabinets libéraux, la part du panier 100 % santé s'élève à 46 %, soit 12 points de moins que dans les centres de santé. Symétriquement, la part des paniers à tarifs libres y est significativement plus élevée (23 % contre 9 %).

Graphique 4 Répartition de la dépense totale de prothèses dentaires, par panier et lieu d'exécution, en 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

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

Les organismes complémentaires financent la part la plus importante de la consommation de prothèses dentaires (61 %) [tableau 4], suivis par la Sécurité sociale (27 %) et les ménages (12 %). Le reste à charge des ménages en prothèses dentaires diminue fortement sous l'effet de la réforme du 100 % santé.

Cette baisse a pour contrepartie une hausse du financement par les organismes complémentaires. Les organismes complémentaires prennent en charge la majorité de la dépense de prothèses dentaires du panier 100 % santé (67 % en 2023). Ce financement est complété par la Sécurité sociale (32 %), les ménages finançant une part quasi nulle de cette dépense (1 %).

Sur le panier aux tarifs maîtrisés, le reste à charge des ménages est plus important et s'établit à 28 % en 2023, supérieur à celui du panier à tarif libre (12 %).

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.

Tableau 4 Répartition de la consommation de prothèses dentaires par panier et financeur en 2023

En millions d'euros

	Total prothèses dentaires		Panier 100 % santé		Panier tarifs maîtrisés		Panier tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	1 929	27	1 101	32	625	28	202	14
État	1	0	1	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	4 399	61	2 311	67	995	44	1 094	74
Ménages	844	12	35	1	631	28	177	12
Total	7 173	100	3 448	100	2 252	100	1 473	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Un reste à charge des ménages en forte baisse depuis 2019, sur les audioprothèses et prothèses dentaires

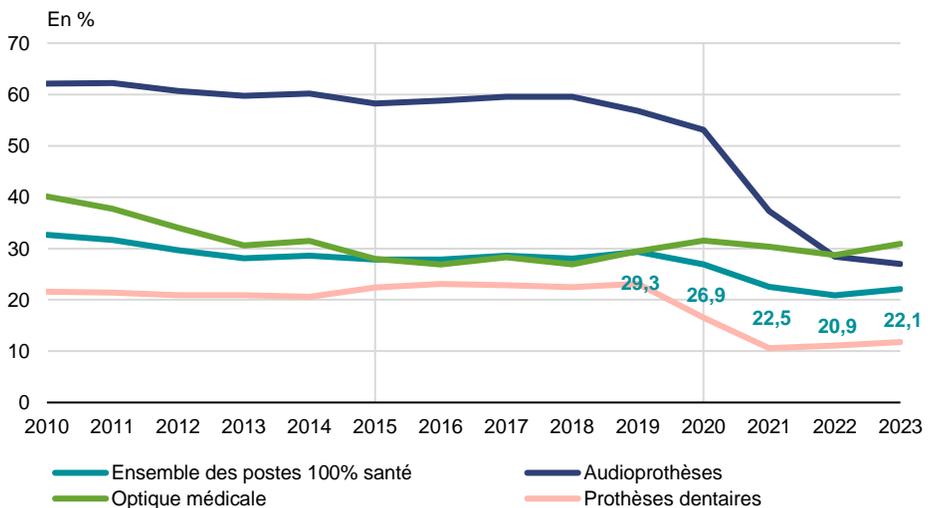
Après dix ans de relative stabilité, la part des dépenses des produits du champ du 100 % santé restant à la charge des ménages a fortement baissé de 2019 à 2022. La part de reste à charge remonte de 1,2 point en 2023 à 22,1 %, soit 7,2 points de moins qu'en 2019 (*graphique 5*).

Pour les prothèses dentaires et les audioprothèses, la part des dépenses à la charge des ménages a été divisée par deux depuis 2019. En revanche, pour l'optique, on ne constate pas de baisse du reste à charge : 30,9 % des dépenses hors lentilles sont à

la charge des ménages en 2023, contre 29,5 % en 2019. La part des organismes complémentaires (OC) dans le financement des audioprothèses, hors accessoires, a augmenté significativement, passant de 22,9 % en 2018 (dernière année avant la réforme du 100 % santé) à 48,8 % en 2023, ce qui a permis de réduire le reste à charge pour les patients.

Pour l'optique médicale hors lentilles, la situation est plus nuancée : la sécurité sociale a légèrement accru sa contribution, mais elle reste marginale. Les OC assuraient déjà une part notable des dépenses d'optiques médicales hors lentilles avant l'instauration du dispositif 100 % santé.

Enfin, pour les prothèses dentaires, le 100 % santé a fait croître la part des OC dans leur financement.

Graphique 5 Évolution de la part du reste à charge des ménages dans la dépense des produits du 100 % santé

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 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. Avant cette réforme, de nombreux patients étaient amenés à renoncer aux soins, en raison des restes à charge élevés, particulièrement pour ces trois secteurs.

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 dispositifs médicaux qui doivent, à terme, être intégralement remboursés 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.

> Élargissement du panier 100 % santé en 2023 pour les équipements d'optique

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.

En 2023, la réforme a été renforcée avec l'élargissement du panier 100 % santé afin d'inclure des choix tels que les traitements anti-reflets et anti-rayures. Elle a aussi introduit des primes incitatives pour les opticiens et un renforcement des contrôles pour assurer les règles du 100 % santé.

> 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 maîtrisés » 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

- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (2024).** *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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.
- > **Commission des comptes de la Sécurité Sociale (2022, septembre).** *Les comptes de la Sécurité Sociale, Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023.* Éclairages 3.2 : La réforme du 100 % santé.
- > **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.

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.

Les indemnités journalières (IJ) versées par les régimes de base baissent de 3,2 % en 2023 à 20,1 milliards d'euros. La crise sanitaire entraîne une importante augmentation des IJ en raison des indemnités liées au Covid-19 qui représentent 5,2 milliards d'euros au total de 2020 à 2023. Les indemnités journalières hors Covid-19 progressent fortement en 2023 comme en 2022 (+6,6 % en 2023 après +7,1 % en 2022). La hausse est essentiellement soutenue en 2023 par l'inflation et ses effets haussiers sur les salaires, à travers notamment des augmentations successives du smic. Les organismes complémentaires versent, en outre, 6,7 milliards de compléments d'indemnités journalières en 2023, soit 3,5 % de plus qu'en 2022.

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 fonctionnaires¹) 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 forte augmentation des indemnités journalières durant la crise sanitaire

En 2023, les IJ versées par la Sécurité sociale s'élevaient à 20,3 milliards d'euros (*tableau 1*), dont 57 % au titre du risque maladie (soit 11,6 milliards d'euros), 24 % pour le risque AT-MP (4,8 milliards d'euros) et 20 % pour le risque maternité (4,0 milliards d'euros).

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). L'évolution des montants d'IJ est particulièrement heurtée durant la crise sanitaire liée au Covid-19. Les IJ bondissent en 2020 (+20,0 %) au déclenchement de l'épidémie, puis se replient légèrement en 2021 (-2,3 %). Elles rebondissent en 2022 avec la reprise de l'épidémie liés à l'apparition du variant Omicron (+11,3 %). En 2023, les IJ reculent de

2,1 % mais restent à un niveau bien supérieur à celui d'avant la crise.

Ces évolutions reflètent en premier lieu l'effet des mesures exceptionnelles mises en œuvre durant la crise sanitaire ainsi que l'intensité de l'épidémie. Même hors indemnités liées au Covid-19², les IJ augmentent nettement : +6,0 % en moyenne entre 2019 et 2022, +6,6 % en 2023 (contre +3,4 % en moyenne avant crise entre 2013 et 2019).

Un élargissement du champ des indemnités maladie durant la crise sanitaire

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'à janvier 2023³) 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. Les assurés ont également bénéficié d'une exonération des jours de carence durant les premiers mois de l'épidémie.

Par ailleurs, le versement des IJ a 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 crise⁴.

¹ Dans la fonction publique, l'employeur maintient directement le salaire des agents fonctionnaires, sans que cette dépense soit identifiée spécifiquement.

² IJ versées au titre des arrêts dérogatoires pour Covid-19 et au titre des arrêts de droit commun ayant pour motif le Covid-19.

³ Décret n° 2023-37 du 27 janvier 2023 relatif aux arrêts de travail dérogatoires délivrés aux personnes contaminées par le Covid-19.

⁴ 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

En 2023, les indemnités journalières liées au Covid-19 ne représentent plus que 0,1 milliard d'euros.

Le dynamisme des indemnités hors indemnités dérogatoires liées au Covid-19 est soutenu par l'inflation et par les revalorisations du smic

Hors indemnités liées au Covid-19, les IJ maladie augmentent à un rythme plus élevé depuis la crise sanitaire qu'avant l'épidémie de Covid-19 : +6,7 % en moyenne par an entre 2019 et 2023, contre +4,0 % entre 2013 et 2019 (graphique 2). Jusqu'en 2021, la forte progression des indemnités journalières (hors Covid-19) est principalement due à la hausse du volume d'IJ. À partir de 2022, l'augmentation du volume d'IJ s'accompagne également d'un fort effet prix qui devient prépondérant l'année suivante. En 2023, la hausse des IJ est en effet essentiellement poussée par l'inflation et ses effets haussiers sur les salaires, en particulier à travers les augmentations successives du smic¹ sur le barème des IJ².

Les deux autres composantes des IJ (AT-MP et IJ maternité-paternité) ont également fortement augmenté depuis 2019. Entre 2019 et 2023, les indemnités pour accidents du travail et maladies professionnelles augmentent de 6,3 % en moyenne (contre +5,0 % entre 2013 et 2019) et les IJ maternité de +4,4 % (contre +0,3 %).

En 2023, les IJ AT-MP augmentent à un rythme proche des IJ maladie hors Covid-19 (+6,9 %). Les IJ maternité-paternité sont quant à elles légèrement moins dynamiques (+6,0 %), freinées par la baisse de la natalité mais restent soutenues par l'allongement de la durée du congé paternité. Par ailleurs, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 a instauré un transfert pérenne de la branche maladie (CNAM) à la branche famille (CNAF) d'une partie du financement des IJ maternité. Ce transfert représente 60 % du coût des indemnités journalières maternité, fraction représentative de celui du congé maternité post-natal, pour environ 2,1 milliards d'euros en 2023.

Sur longue période, la dynamique des IJ, maladie en particulier, est liée à plusieurs facteurs (Colinot et Pollak, 2024) :

- l'évolution moyenne des salaires, qui servent de base au calcul des IJ ;
- 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. 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 ;
- l'augmentation de la sinistralité (taux de recours et durée des arrêts, à âge donné).

Tableau 1 Indemnités journalières versées par les régimes de base

En milliards d'euros

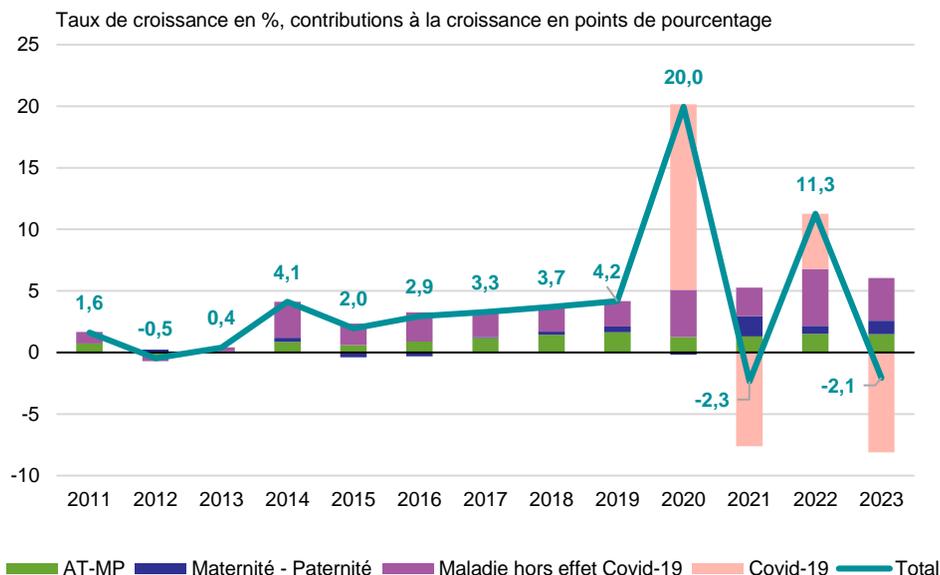
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Maladie	7,0	8,8	11,8	10,8	12,5	11,6
dont indemnités hors Covid-19	7,0	8,8	9,4	9,9	10,7	11,5
dont indemnités liées au Covid-19			2,4	0,9	1,8	0,1
Accidents du travail-maladies professionnelles	2,8	3,8	3,9	4,2	4,5	4,8
Maternité-paternité	3,3	3,4	3,3	3,6	3,8	4,0
Ensemble	13,1	15,9	19,1	18,7	20,8	20,1
Évolution (en %)	0,4	4,2	20,0	-2,3	11,3	-2,1
Ensemble hors liés au Covid-19	13,1	15,9	16,7	17,7	19,0	20,2
Évolution (en %)	0,4	4,2	4,9	6,0	7,1	6,6

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Source > CNAM, DSS ; calculs DREES.

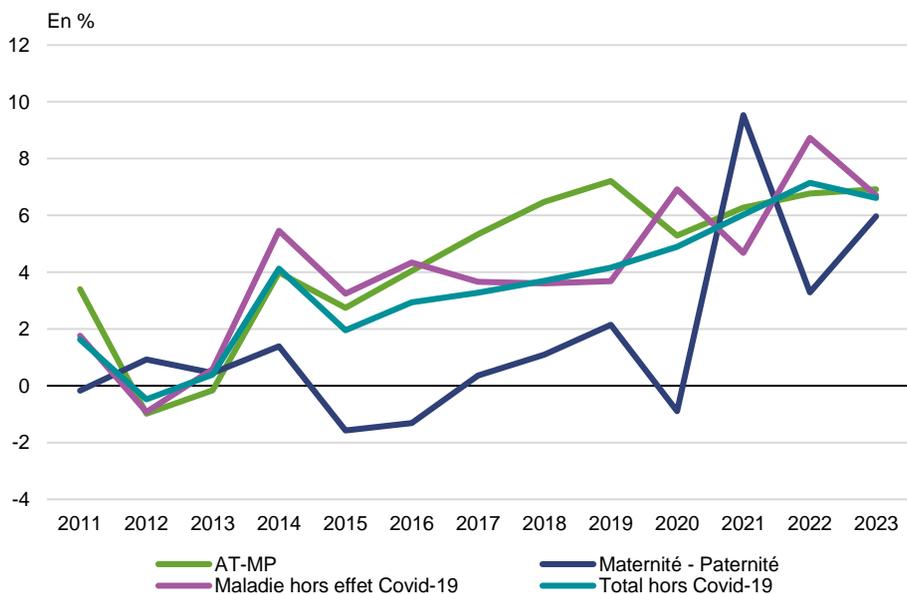
des professions libérales (à l'exception des avocats) qui bénéficient désormais d'IJ maladie en cas d'arrêt de travail. Le coût de cet élargissement est estimé à un peu moins de 200 millions d'euros en 2022 (Cour des comptes, 2024). Par ailleurs, un régime dérogatoire a été accordé pour le calcul des IJ pour les indépendants (neutralisation des revenus 2020).

¹ Le smic a été revalorisé de 14,9 % entre 2019 et 2023, le smic horaire brut étant passé de 10,03 euros au 1^{er} janvier 2019 à 11,52 euros à partir du 1^{er} mai 2023.

² Le montant journalier des IJ de base est plafonné à 1,8 fois le montant du smic en vigueur lors du mois précédant l'arrêt.

Graphique 1 Évolution des indemnités journalières des régimes de base et contributions à sa croissance

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Sources > CNAM, DSS ; calculs DREES.

Graphique 2 Évolution des indemnités journalières hors indemnités Covid-19

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Sources > CNAM, DSS ; calculs DREES.

Les compléments d'indemnités journalières ralentissent en 2023

En 2023, les compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance – ralentissent (+2,5 % après +3,4 % en 2022) pour s'établir à 6,7 milliards d'euros.

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 10 % des versements des OC, tandis que les entreprises d'assurances versent 59 % 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

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Mutuelles	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Entreprises d'assurances	3,1	3,3	3,7	3,5	3,7	4,0
Institutions de prévoyance	1,6	1,9	2,1	2,2	2,2	2,1
Ensemble	5,2	5,7	6,4	6,3	6,6	6,7
Évolution (en %)	2,4	1,9	12,1	-0,5	3,4	2,5

Champ > Organismes complémentaires contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie (2023)**. Prestations en espèce : Les indemnités journalières. Dans *Propositions de l'Assurance maladie pour 2024*, chapitre 10.
- > **Colinot, N., Pollak, C. (2024)**. Au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération des arrêts maladie depuis 2019. CNAM, DREES, *Études et Résultats*, à paraître.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (2024, mai)**. Congés maternité et paternité – Éclairage 3.5. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2023, prévisions 2024*.
- > **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.
- > **Cour des comptes (2024)**. L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier. Dans *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre V.
- > **Igas, IGF (2017, juillet)**. *Revue des dépenses : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières*.
- > **Rapports d'évaluation des politiques de Sécurité sociale 2023 (2024)**. Fiche 2.12.1. *Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie*. Dans Annexe 1, *Maladie*.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2021 et en 2022, sous l'effet de la pandémie de Covid-19 et de l'inflation, la 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 2022 après la chute de 2020.

En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent l'équivalent de 16,5 % de leur PIB à la DCSi en 2022, contre 11,8 % en France. En tenant compte des différences de pouvoir d'achat pour la santé, les DCSi française et américaine s'élèvent à 4 620 et 5 090 euros PPA santé par habitant en 2022, chaque euro PPA 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 économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [annexe 1].

En 2022, la progression de la DCSi reflète le reflux de l'épidémie de Covid-19 mais continue de croître en valeur

En 2022, les dépenses de santé augmentent en valeur, mais moins qu'en 2021

En moyenne, la DCSi en valeur – c'est-à-dire mesurée en euros courants – a augmenté de 3,5 % en 2022¹ dans les pays de l'Union Européenne à 27 (UE-27) [graphique 1]. Elle augmente dans la quasi-totalité des pays de la zone, à l'exception de la Lettonie (-3,7 %), du Danemark (-2,3 %), de la Suède (-1,8 %) et de la Hongrie (-0,7 %). La croissance est particulièrement marquée dans les pays de l'Est de l'Europe, où elle varie de +4,4 % en Roumanie à +12,7 % en Pologne. Elle est plus mesurée dans les pays d'Europe du Nord-Ouest : de +1,3 % en Autriche à +8,2 % en Irlande. Avec 2,2 % de croissance en 2022, la France se situe derrière la

Finlande (+5,2 %) et l'Allemagne (+4,7 %). En dehors de l'Union européenne, la DCSi en valeur croît de 16,9 % aux États-Unis et de 16,8 % en Islande en 2022, tandis qu'elle diminue au Japon (-3,1 %). La progression de la DCSi en 2022 marque le pas par rapport à 2021. Sous l'effet de la crise sanitaire, la DCSi en valeur avait augmenté en 2021 dans tous les pays de l'UE-27, portant à +8,7 % la croissance moyenne dans la zone, bien au-dessus de la croissance moyenne annuelle entre 2010 et 2019 (+2,8 %). En 2021, la hausse de la DCSi avait atteint jusqu'à +38,5 % en Lettonie (expliquant la baisse constatée en 2022) et +9,2 % en France.

Ce ralentissement s'explique par la chute des dépenses de prévention en 2022, qui comprennent notamment les tests et les vaccins contre le Covid-19, dans la majorité des pays étudiés, en raison du reflux progressif de l'épidémie. En revanche, 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 outre, 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 publics (Arnaud et Lefebvre, 2023).

La part des dépenses de santé dans le PIB diminue en 2022, après deux années de croissance durant la crise du Covid-19

Relativement au produit intérieur brut (PIB), la DCSi diminue dans tous les pays considérés en 2022, à l'exception de la Slovaquie et du Japon : de -0,1 point

¹ Les données (OCDE) provisoires de l'année 2023 n'étant que partiellement disponibles, ce sont les données définitives 2022 qui sont ici présentées. Elles diffèrent de celles présentées dans l'édition 2023 du Panorama du fait de légères révisions, ainsi que du

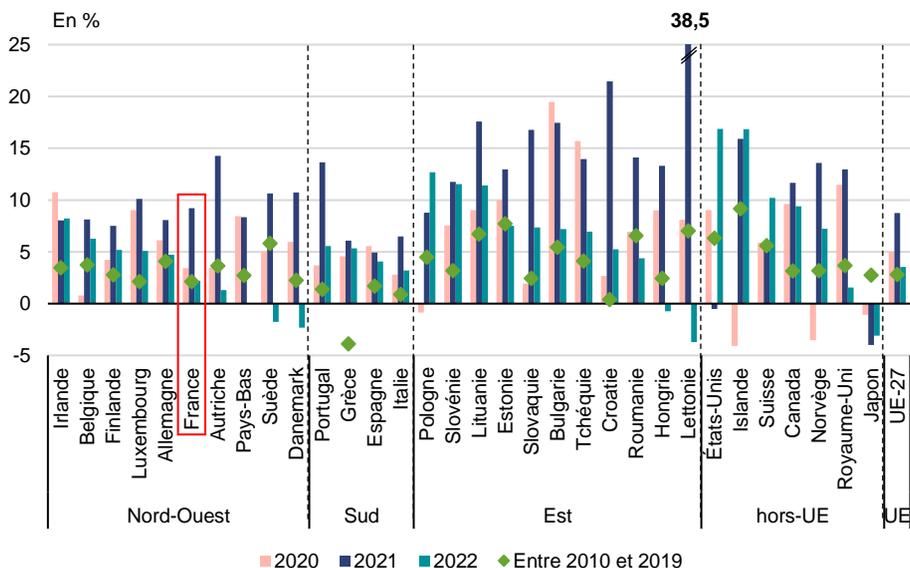
changement de déflateur utilisé pour neutraliser les différences de pouvoir d'achat entre pays (PPA santé 2022 cette année, contre PPA santé 2017 dans l'édition précédente).

de pourcentage (pp) en Finlande à -1,5 pp en Lettonie et -1,9 pp en Norvège. En France, la DCSi en part du PIB diminue de 0,4 pp en 2022.

Cette baisse contrebalance la hausse observée en 2020-2021 avec la crise du Covid-19, rapprochant

ainsi l'évolution de la DCSi de la tendance observée dans les années qui ont précédé : plutôt stable dans les pays étudiés, la part de la DCSi dans le PIB n'a pas varié en moyenne au sein de l'UE-27 entre 2010 et 2019 (*graphique 2*).

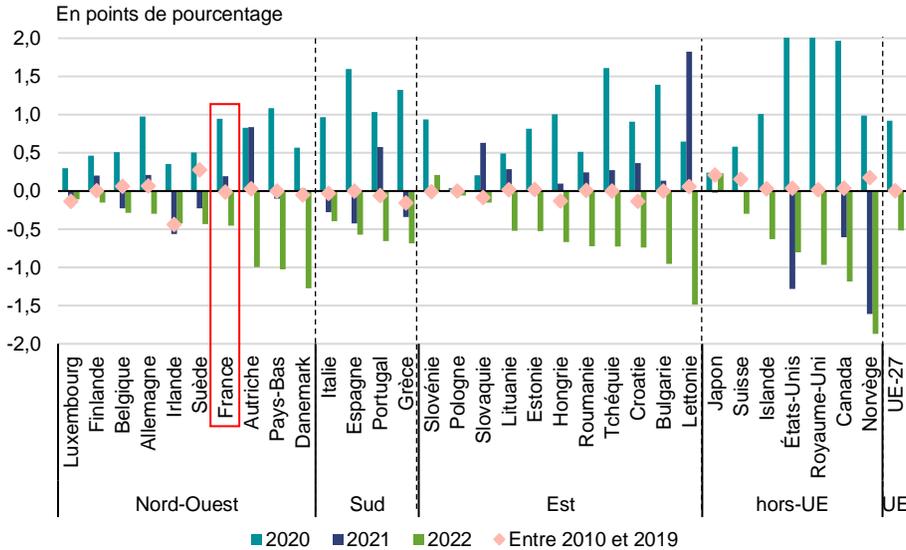
Graphique 1 Évolution de la DCSi en valeur



Note > Les données (OCDE) provisoires de l'année 2023 n'étant que partiellement disponibles, ce sont les données définitives 2022 qui sont ici présentées ; les évolutions présentées sont celles de la DCSi mesurée en euros courants.

Lecture > En France, la DCSi en valeur augmente de 9,2 % en 2021 et de 2,2 % en 2022. Elle a augmenté en moyenne de 2,1 % par an entre 2010 et 2019.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 2 Variation de la DCSi en part du PIB

Note > Les données (OCDE) provisoires de l'année 2023 n'étant que partiellement disponibles, ce sont les données définitives 2022 qui sont ici présentées. La variation présentée entre 2010 et 2019 est la variation moyenne annuelle sur la période.

Lecture > En France, la DCSi a augmenté de 0,9 pp en 2020, puis de 0,2 pp en 2021, avant de diminuer de 0,5 pp en 2022.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les États-Unis dépensent environ 10 % de plus par habitant que la France

En moyenne, les pays d'Europe du Nord-Ouest consacrent à la santé une part de PIB supérieure à celle du reste de l'UE-27, mais largement inférieure à celle des États-Unis

Avec une DCSi représentant 16,5 % de leur PIB en 2022, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 3*). L'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,6 % de son PIB pour la santé, juste devant la France (11,8 %) et l'Autriche (11,2 %). En 2022, les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 10,4 % de leur PIB aux dépenses de santé. Les pays du nord-ouest et du sud de l'Europe dépensent davantage en part du PIB que les pays de l'Est : à l'exception de l'Irlande (6,1 %) et du Luxembourg (5,6 %), ces pays consacrent systématiquement plus de 8 % de leur PIB pour la DCSi. En Europe de l'Est, seules la Slovaquie (9,7 %) et la Tchéquie (8,8 %) dépassent les 8 %.

En tenant compte des différences de pouvoir d'achat, l'Allemagne présente les dépenses par tête les plus élevées de l'UE

Pour comparer les dépenses moyennes de santé par personne, on peut rapporter la DCSi au nombre d'habitants mais il convient en outre de prendre en compte les différences de coûts des services de santé entre pays. C'est ce que permettent les parités

de pouvoir d'achat (PPA) en santé (glossaire), 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. D'un pays à l'autre, les prix des biens et services de santé varient significativement, plus que les prix des biens et services dans leur ensemble (*encadré 1*). En pratique, on utilise les estimations de PPA santé pour rapporter les dépenses moyennes de santé par individu à des dépenses « en euros en France », ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France.

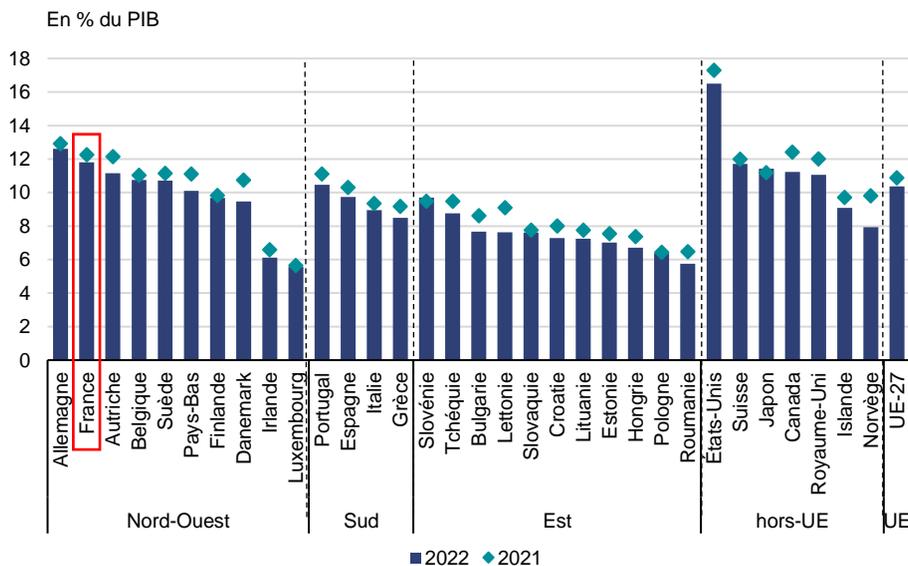
Parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi par tête est la plus élevée : en 2022, elle atteint 5 086 euros PPA santé par habitant (*graphique 4*). Ce montant est supérieur de 10 % à la dépense moyenne en France : 4 620 euros PPA santé par habitant en 2022.

En moyenne, en 2022, les pays de l'UE-27 consacrent 3 470 euros PPA santé par habitant. Les dépenses par habitant sont particulièrement élevées en Europe de l'Ouest et dans les pays étudiés en dehors de l'Union européenne : cela s'explique en grande partie par les dépenses consacrées aux soins de longue durée dans ces pays (*graphique 5*). L'Allemagne, où les prix des biens et services de santé sont assez proches de ceux de la France (*encadré 1*), est le premier pays de l'UE-27 en

matière de DCSi par habitant en PPA santé, avec 5 020 euros PPA santé par habitant en 2022. La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, se retrouve en 4^e position parmi les pays étudiés, avec une dépense par tête de 4 430 euros PPA santé.

À l'inverse, la Tchéquie présente des prix de santé parmi les plus faibles d'Europe et se classe au 9^e rang des pays étudiés, avec 3 820 euros PPA santé en 2022 – une moyenne proche de celles de la Belgique (4 090 euros) et du Luxembourg (3 790), et bien au-dessus de celles des autres pays d'Europe de l'Est (de 2 210 à 3 040 euros).

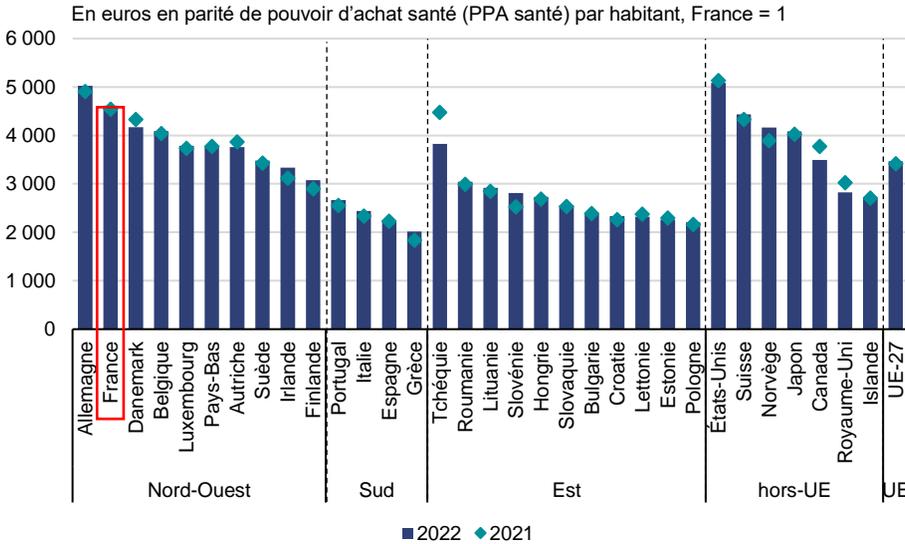
Graphique 3 DCSi en 2022 et 2021



Note > Les données (OCDE) provisoires de l'année 2023 n'étant que partiellement disponibles, ce sont les données définitives 2022 qui sont ici présentées.

Lecture > En France, la DCSi représente 12,3 % du PIB en 2021 et 11,8 % du PIB en 2022.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 4 DCSi par habitant en parité de pouvoir d'achat en 2022 et 2021

Note > Les données (OCDE) provisoires de l'année 2023 n'étant que partiellement disponibles, ce sont les données définitives 2022 qui sont ici présentées.

Lecture > En France, la DCSi représente 4 540 euros PPA santé par habitant en 2021 et 4 620 euros en 2022.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

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 (annexe 1 et glossaire) constituent toutefois le principal poste de dépense dans la totalité des pays étudiés. Aux États-Unis, en 2022, ils représentent 66 % de la DCSi, dont 37 % pour les soins hospitaliers et 28 % pour les soins en cabinet de ville (*graphique 5*).

Dans les pays de l'UE-27, les soins courants représentent en moyenne 51 % de la DCSi. Les dépenses consacrées aux soins de ville sont élevées au Portugal (37 %), au Danemark et en Finlande (36 % dans les deux cas). À l'inverse, la France y consacre une plus faible part de sa DCSi (20 %), au profit des soins à l'hôpital (28 %) (fiche 28).

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. En Europe de l'Est, où ils représentent une proportion conséquente de la DCSi, la part prise par les biens médicaux varie de 17 % de la DCSi en Estonie et en Tchéquie à 33 % en Bulgarie ; dans le sud de l'Europe, elle varie de 19 % au Portugal à 29 % en Grèce. Parmi les pays du nord-ouest de l'Europe, les biens médicaux représentent de 10 % de la DCSi au Danemark à 18 % en Allemagne. 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 et de l'est de l'Europe une plus forte part de leur DCSi (fiche 31).

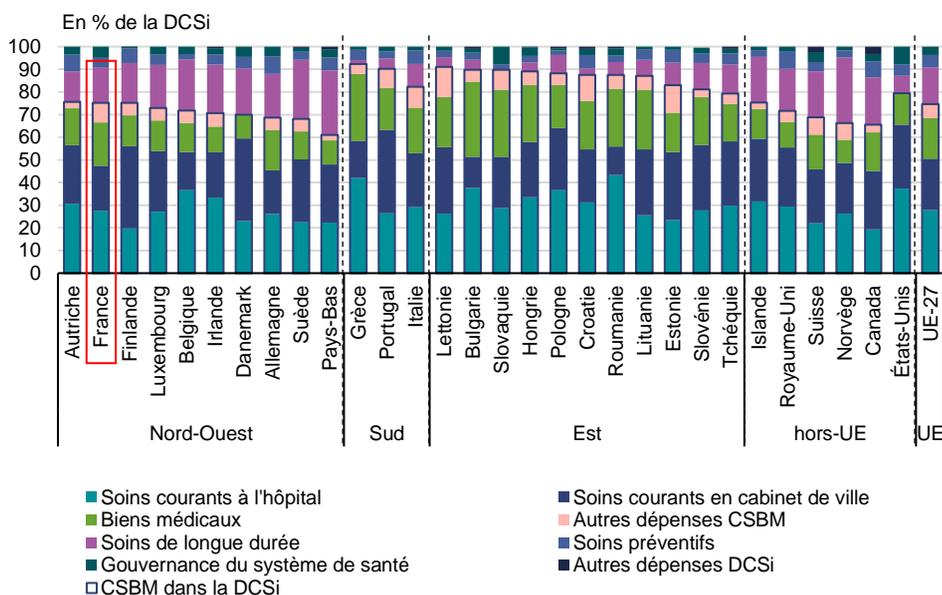
La somme des soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville et à domicile), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) (annexe 1 et glossaire), la CSBM étant l'agrégat central des comptes de la santé en France. Elle caractérise les 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 2022, les pays étudiés consacrent de 61 % (Pays-Bas) à 92 % (Grèce) de la DCSi à la CSBM. En France, en 2022, la CSBM constitue 75 % 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 2022.

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-ouest de l'Europe que dans ceux du Sud ou de l'Est, ce qui explique pourquoi la part de la CSBM dans la DCSi y est également plus élevée. La Suède, les Pays-Bas, l'Irlande, le Danemark et la Bel-

gique consacrent ainsi plus de 20 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée en 2022 ; à l'inverse, ceux-ci représentent moins de 5 % de la

DCSi en Grèce, en Bulgarie, au Portugal, en Croatie, en Lettonie et en Hongrie. En France, ces dépenses représentent 16 % de la DCSi (fiche 32). ■

Graphique 5 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2022



Note > Les autres dépenses CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile (annexe 1). 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 2022, la DCSi se décompose comme suit : 28 % 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 75 % de la DCSi. Le reste se partage entre les soins de longue durée (16 %), les soins préventifs (4 %) et la gouvernance du système de santé (5 %).

Source > Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré 1 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 refléter 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 : celui de la consommation individuelle effective (qui correspond à l'ensemble des biens et services acquis par les ménages), celui de 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 celui des services hospitaliers plus spécifiquement. Ces indices permettent d'ajuster les dépenses concernées par les prix, pour apprécier au mieux les différences de volume des produits et services consommés.

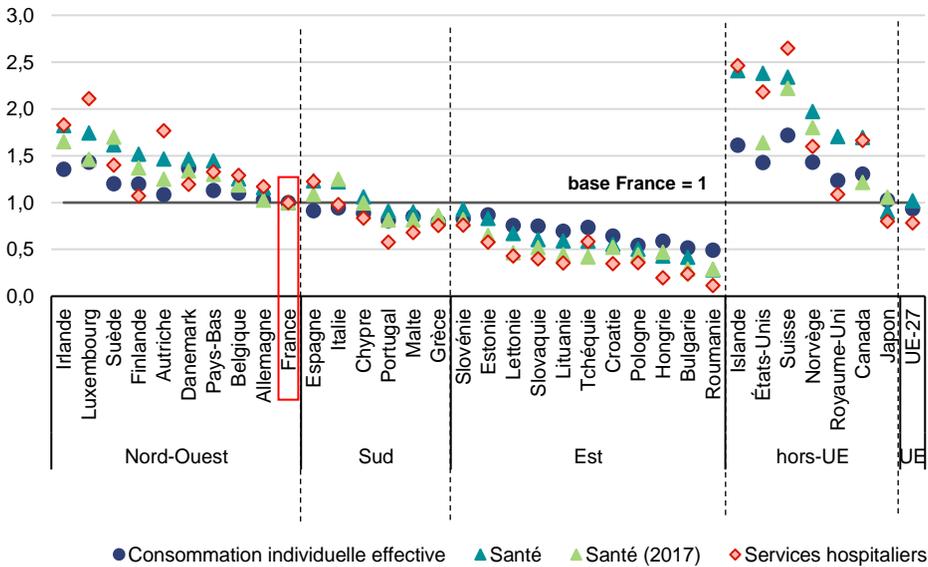
Les niveaux de prix varient considérablement selon le pays. En règle générale, plus le PIB par habitant est élevé, plus les prix pratiqués seront élevés. Les prix des biens durables (par exemple, les voitures) varient moins que les prix des services (par exemple, l'éducation ou la santé). En effet, ces biens sont soumis à la concurrence internationale, ce qui réduit les écarts de prix. Les services, en revanche, sont généralement achetés et produits localement : les niveaux de salaires étant supérieurs dans les pays les plus développés, les prix des services y seront aussi plus élevés.

Les variations de prix entre pays 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 pour cette raison qu'un indice de prix spécifique aux services de santé a été utilisé. Il est calculé par l'OCDE à partir d'un panier de biens de santé, lui-même inclus dans le panier, plus large, des biens de consommation individuelle. De la même manière, on utilise un indice spécifique aux dépenses de services hospitaliers, reposant sur un panier de biens hospitaliers, lui-même inclus dans le panier des biens de santé.

En utilisant la France comme pays de référence (base 1), les niveaux de prix liés à la consommation individuelle effective en Suisse sont de 1,7, et ceux liés aux biens et services de santé et aux services hospitaliers sont respectivement de 2,3 et de 2.6. Cela signifie que, par rapport à la France, les prix pratiqués en Suisse sont 70 % plus élevés pour l'ensemble des biens et services achetés par les ménages, 130 % plus importants pour les biens et services de santé et 160 % plus élevés 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 (Eurostat et OCDE, 2012).

Graphique 6 Niveaux des prix d'achat par catégorie de biens et services en 2022, 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 (Eurostat et OCDE, 2012). La table PPA utilisée est celle de l'OCDE qui prend l'UE-27 comme référence ; elle est ajustée pour adopter la France comme référence, puis convertie en euros.

Lecture > Aux États-Unis, en 2022, les niveaux de prix dans le secteur de la santé, avec la France comme pays de référence, s'élèvent à 2,4. Cela signifie que, pour un panier de biens et services de santé similaire, les prix pratiqués aux États-Unis sont supérieurs de 140 % 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. (2023).** *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. 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.).*
- > **OCDE (2021).** *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE.* Paris, France : éditions OCDE.

Rapporté à la population totale, le nombre de médecins diffère considérablement entre pays. Le rôle des professionnels de santé variant d'un système de santé à l'autre, la comparaison des densités peut toutefois s'avérer délicate. En outre, la densité de médecins n'est qu'une composante de l'offre médicale, qui dépend aussi par exemple de l'organisation des soins ou du nombre d'heures travaillées. En France, il y a moins de médecins et plus d'infirmiers qu'en moyenne dans l'Union européenne à 27 (UE-27). Entre 2012 et 2022, la densité de médecins et d'infirmiers a augmenté dans presque tous les pays étudiés, mais elle n'a que faiblement progressé en France (+0,3 % par an en moyenne, contre +1,5 % dans les pays de l'UE-27 pour les médecins ; +0,8 % par an, contre +1,0 % en Europe pour les infirmiers). Certains pays recourent à de nombreux médecins et infirmiers 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, 13 % des médecins et 3 % des infirmiers ont été formés à l'étranger ; un taux similaire à la moyenne européenne pour les médecins (13 %) et inférieur à la moyenne pour les infirmiers (8 %). Les médecins généralistes sont moins nombreux que les médecins spécialistes dans la quasi-totalité des pays étudiés. En France, ils représentent 44 % des médecins, nettement plus que la moyenne des pays de l'UE-27 (27 %).

Moins de médecins et plus d'infirmiers en France par habitant qu'en moyenne dans les pays de l'UE-27

En moyenne, dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) hors Malte, Chypre, Portugal et Grèce, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins pour 100 000 habitants, s'élève à 392 en 2022 (graphique 1).

Parmi les pays européens étudiés ici, le Luxembourg enregistre la densité la plus faible avec 299 médecins pour 100 000 habitants, suivi de près par la France (340 médecins pour 100 000 habitants) et l'Irlande (337 médecins). Néanmoins, si on tient compte des internes qui travaillent en établissement de santé, la densité est rehaussée de 58 médecins pour 100 000 habitants¹ (données au 31 décembre 2022) et se rapproche ainsi de la moyenne européenne² (Cazenave-Lacrouz, 2024).

De manière générale, la densité de médecins est également plus faible dans les pays de l'est de l'Europe (respectivement 338, 347 ou 366 médecins pour 100 000 habitants en Slovaquie, Pologne et Roumanie) et dans les pays hors UE étudiés ici : elle

s'établit respectivement à 265, 272, et 275 médecins pour 100 000 habitants au Japon, aux États-Unis et au Canada.

De l'autre côté du spectre, l'Autriche, la Norvège et l'Allemagne présentent les densités de médecins les plus élevées (respectivement 544, 491 et 455 médecins pour 100 000 habitants).

Ces écarts de densité doivent toutefois être relativisés au regard du rôle dévolu aux médecins et aux infirmiers dans chaque système de santé. Dans de nombreux pays, une faible densité de médecins s'accompagne d'une forte densité d'infirmiers, et inversement.

L'Espagne et l'Italie présentent ainsi des densités élevées de médecins (respectivement 431 et 424 médecins pour 100 000 habitants), mais la densité d'infirmiers y est moindre : autour de 630 infirmiers pour 100 000 habitants, contre 882 en moyenne dans les pays de l'UE-27. 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).

¹ Le nombre d'internes correspond aux emplois médicaux dans les établissements de santé (hors pharmacie et odontologie). Une partie des stages d'internat (deux sur six stages) sont réalisés en médecine de ville. Les chiffres proposés ici ne couvrent donc pas l'ensemble du champ des internes, car ils sont issus du Panorama *Les établissements de santé*, de la DREES, qui ne couvre pas la médecine de ville (Cazenave-Lacrouz, 2024).

² Pour la France, les internes et les médecins résidents (en formation) ne sont pas comptabilisés dans les données de l'OCDE, contrairement à ce qui se fait pour d'autres pays (par exemple en Autriche, au Canada, en Estonie, en Allemagne, en Lituanie, au Luxembourg ou en Espagne). Des travaux sont en cours à la DREES pour inclure, à terme, les internes dans le décompte des médecins.

À l'inverse, le Japon, les États-Unis ou le Luxembourg, qui ont de faibles densités de médecins, présentent des densités d'infirmiers très élevées : respectivement 1 218, 1 205 et 1 173 infirmiers pour 100 000 habitants.

En France, on dénombre 888 infirmiers pour 100 000 habitants en 2021, une densité légèrement supérieure à la moyenne des pays de l'UE-27 (Babet, *et al.*, 2024).

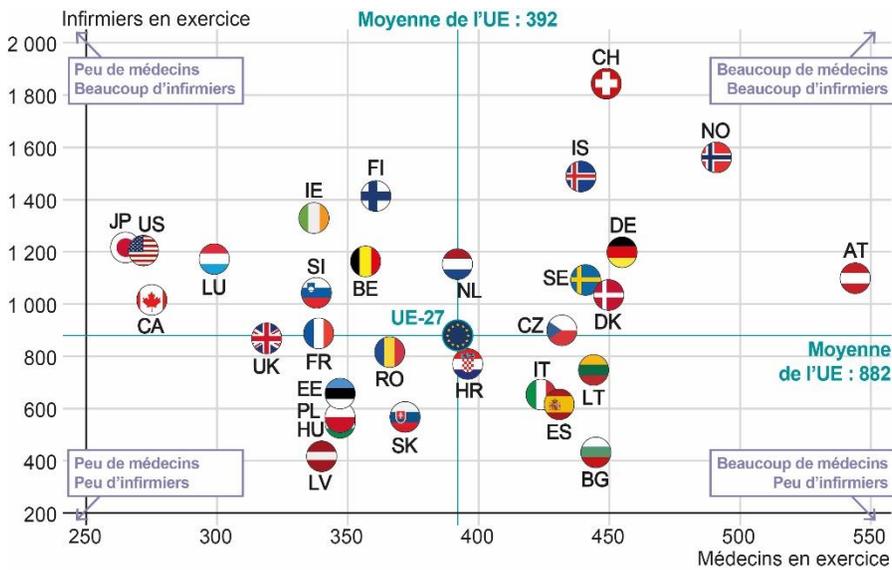
Certains pays font toutefois figure d'exception en cumulant à la fois une forte densité de médecins et une forte densité d'infirmiers ; c'est le cas notamment de la Norvège, de la Suisse, de l'Autriche ou de l'Allemagne – et plus généralement des pays du nord de l'Europe. Dans ces pays, les infirmiers 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 (455 médecins pour 100 000 habitants) et d'infirmiers (1 198) 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 et aux côtés des médecins généralistes (Minery et Or, 2024). La situation des pays de l'Europe de l'Est, où la densité d'infirmiers est beaucoup plus faible, en général, que la moyenne européenne, apparaît également moins favorable.

La densité de médecins et d'infirmiers n'est toutefois pas le seul indicateur à prendre en compte. Elle ne tient notamment pas compte du nombre d'heures travaillées, du temps partiel ou de l'organisation des soins de santé (qui peuvent notamment impliquer d'autres professionnels médicaux ou non).

Graphique 1 Densité de médecins et d'infirmiers en 2022 pour 100 000 habitants



Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 (UE-27) calculée à partir des dernières années sur 24 pays disponibles (hors Malte, Chypre, Portugal et Grèce) représentant plus de 95 % de la population totale de l'UE-27. Le Portugal et la Grèce sont exclus, puisqu'ils comptabilisent l'ensemble des médecins autorisés à exercer, et pas seulement ceux en exercice ou professionnellement actifs, ce qui peut entraîner une surestimation importante du nombre de praticiens en activité. Les données portent sur l'année 2021 au Danemark, en Suède et en Finlande (pour les infirmiers uniquement en France et en Belgique) ; les données portent sur l'année 2017 au Luxembourg ; En France, ce sont les données issues de la Base tous salariés (BTS) qui sont utilisées pour mesurer les effectifs d'infirmiers pour la période 2013-2021, et les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui sont présentées pour les médecins. Le RPPS ne comptabilise pas les internes et les médecins résidents (en formation). Le RPPS est alimenté par les données issues des ordres, auquel les professionnels concernés sont tenus de s'inscrire. Les autres professionnels de santé sont enregistrés au répertoire Adeli par les agences régionales de santé (ARS).

Lecture > En 2022, la France compte 888 infirmiers et 340 médecins pour 100 000 habitants.

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 et aux États-Unis (pour les infirmiers seulement), les données couvrent tous les médecins et les infirmiers professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. L'Espagne inclut également les sages-femmes.

Sources > BTS 2013-2021 (Babet, *et al.*, 2024) ; ASIP-Santé-RPPS, calculs DREES pour la France, OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé pour les autres pays.

En France, la densité de médecins et d'infirmiers croît moins rapidement que dans l'UE-27

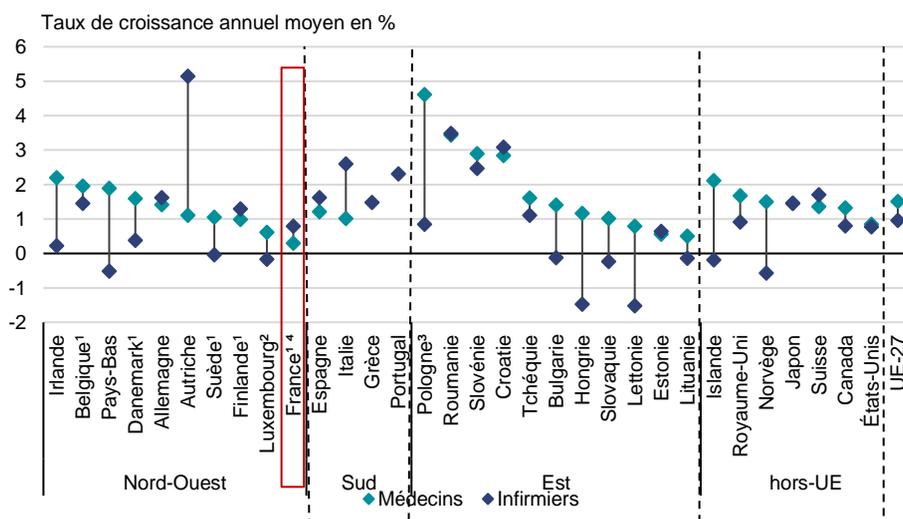
Entre 2012 et 2022, tous les pays ont vu leur densité de médecins progresser. L'augmentation a été particulièrement importante en Pologne (+4,6 % par an en moyenne, contre +1,5 % par an pour les pays de l'UE-27) et plus généralement dans les pays de l'est de l'Europe (graphique 2). En revanche, la densité de médecins progresse peu dans d'autres pays, et notamment en France (+0,3 % par an en moyenne), en Estonie (+0,6 % par an) et en Italie (+1,0 % par an).

Au cours de la même période, la densité d'infirmiers a augmenté dans la majorité des pays étudiés (+1,0 % par an en moyenne dans les pays de l'UE-27). Cette croissance est toutefois moins soutenue en moyenne que celle des médecins (graphique 2). La densité d'infirmiers a par ailleurs baissé dans 8 pays de l'UE-27, notamment aux Pays-Bas (-0,5 %), au

Luxembourg (-0,2 %), en Hongrie (-1,5 %) et en Slovaquie (-0,2 %). Les hausses les plus importantes sont observées dans les pays du sud de l'Europe (+2,6 % par an en Italie ; +2,3 % par an au Portugal), tandis que la densité d'infirmiers reste globalement stable dans les pays du nord de l'Europe (+0,4 % par an au Danemark ; 0,0 % par an en Suède). En France, la densité d'infirmiers a progressé au rythme de +0,8 % par an en moyenne entre 2013 et 2021, un niveau légèrement inférieur à la moyenne des pays de l'UE-27.

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). L'immigration de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger et le nombre croissant de médecins restant en activité au-delà de l'âge normal de départ à la retraite ont notamment contribué à l'accroissement de la densité de médecins sur cette période.

Graphique 2 Évolution de la densité de médecins et d'infirmiers entre 2012 et 2022



1. Données 2021 (pour les infirmiers uniquement en France et en Belgique).

2. Données 2017.

3. Données 2011.

4. En France, ce sont les données issues de la Base tous salariés (BTS) qui sont utilisées pour mesurer les effectifs d'infirmiers pour la période 2013-2021, et les données du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui sont présentées pour les médecins.

Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Malte, Chypre, Portugal et Grèce). Le Portugal et la Grèce ont été exclus, puisqu'ils comptabilisent l'ensemble des médecins autorisés à exercer, et pas seulement ceux en exercice ou professionnellement actifs, ce qui peut entraîner une surestimation importante du nombre de praticiens en activité.

Lecture > Entre 2012 et 2022 et entre 2013 et 2021, la densité de médecins et d'infirmiers a augmenté en France en moyenne de 0,3 % et de 0,8 % par an respectivement.

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, aux États-Unis et au Portugal (pour les infirmiers uniquement), aux Pays-Bas (en 2012 uniquement), en Belgique (pour les infirmiers en 2012 uniquement), les données couvrent tous les médecins et les infirmiers professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. L'Espagne inclut également les sages-femmes.

Sources > BTS 2013-2021 (Babet, *et al.*, 2024) ; ASIP-Santé-RPPS, calculs DREES pour la France, OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé pour les autres pays.

En France, plus de 40 % du corps médical est âgé d'au moins 55 ans

En 2022, la part de médecins continuant d'exercer au-delà de 65 ans s'établit à 13 % en moyenne dans les pays de l'UE-27 (graphique 3). Ces taux sont particulièrement élevés dans les pays du sud de l'Europe et notamment en Italie, où 27 % du corps médical a 65 ans ou plus. En France, ce taux est de 16 %.

Une proportion très importante de médecins s'approche ou a atteint l'âge de la retraite. En 2022, 40 % des médecins étaient âgés de 55 ans ou plus en moyenne dans les pays de l'UE-27. Cette proportion dépasse même 50 % en Bulgarie et en Italie et atteint 44 % en France. De manière générale, la proportion de médecins âgés de 55 ans ou plus est particulièrement élevée dans les pays du sud de l'Europe et est relativement faible dans les pays du nord de l'Europe (respectivement 24 %, 26 % et 28 % en Finlande, en Suède et au Danemark).

L'augmentation du nombre de médecins au cours des dix dernières années s'explique en partie par le fait qu'un nombre croissant de médecins restent en activité au-delà de l'âge normal de départ à la retraite. Or bon nombre de ces médecins exercent à temps partiel en raison de leur âge ; l'OCDE suggère donc que l'augmentation totale du nombre de médecins ne se reflète pas nécessairement en équivalent temps plein (OCDE, 2023a).

Plusieurs pays, dont la France, ont augmenté le nombre d'étudiants admis en médecine pour répondre à la pénurie de médecins

L'OCDE anticipe une diminution du nombre de médecins par habitant dans les années à venir (OCDE, 2023b). Pour la quasi-totalité des 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 qui entrent en formation. En France, depuis 2020, le *numerus clausus*, auparavant déterminé annuellement par le ministère en charge de la santé, a été remplacé par le *numerus*

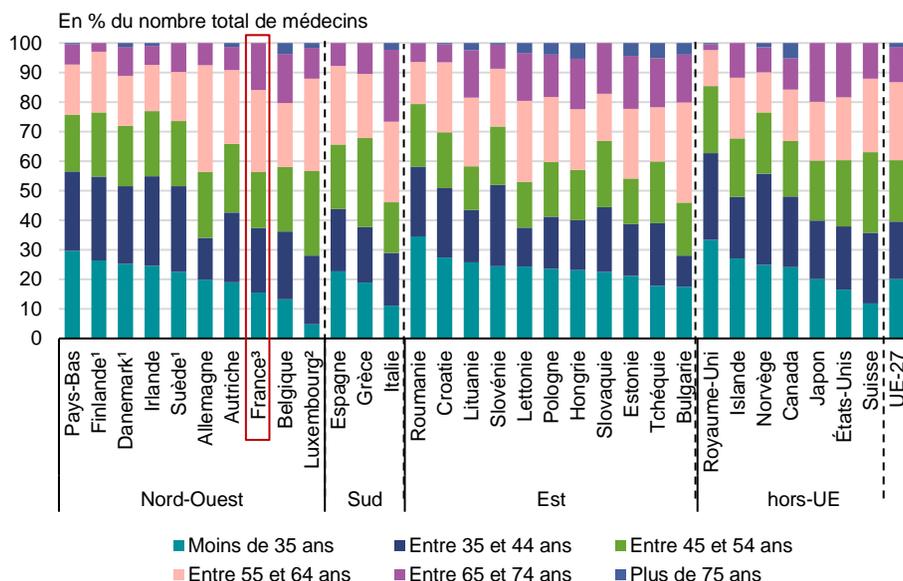
apertus, fixé en fonction des besoins de santé et des capacités d'accueil des universités¹. Entre 2021 et 2025, le ministère en charge de la santé a prévu d'augmenter le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine de près de 20 % par rapport aux cinq années précédentes (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

Au Royaume-Uni, où le taux de médecins âgés de 55 ans ou plus est relativement faible (15 % du corps médical), le gouvernement a annoncé, en juin 2023, un plan visant à augmenter le nombre d'étudiants admis en médecine, comparé à aujourd'hui (NHS England, 2023). Plusieurs années sont néanmoins nécessaires pour que ces changements se traduisent par une hausse effective du nombre de médecins.

Par ailleurs, il est important de tenir compte de l'évolution des mentalités et du rapport au travail chez les jeunes générations (Gibis, *et al.*, 2012 ; Diderichsen, *et al.*, 2011). Ainsi, les étudiants suédois en médecine espèrent que leur vie professionnelle leur permettra de concilier leur travail avec leur famille, mais aussi avec des activités de loisirs (Diderichsen, *et al.*, 2011). La quasi-totalité des répondants (96 %) d'une enquête menée auprès de plus de 12 000 étudiants allemands en médecine ont déclaré attacher de l'importance à la compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale (Gibis, *et al.*, 2012). De même, une étude menée en Suisse en 2023 auprès de 2 300 étudiants en médecine révèle ainsi que seulement 28 % d'entre eux souhaitent travailler à temps plein ; 55 % d'entre eux estiment également que le nombre d'heures de travail hebdomadaire ne devrait pas dépasser 42, alors que le temps moyen de travail dans les hôpitaux suisses dépasse actuellement les 56 heures par semaine (Scheiwiller, *et al.*, 2023). La féminisation croissante de la profession pourrait également avoir un effet (Giraud, *et al.*, 2016), les femmes médecins généralistes travaillant en moyenne 5 heures de moins que leurs confrères masculins en France en 2018 (Biais, *et al.*, 2022).

¹ A l'instar du *numerus clausus*, le *numerus apertus* ne signifie pas un nombre limité, mais un nombre d'étudiants minimum à former en fonction des besoins spécifiques en professionnels de santé de chaque région. Ce

nombre est fixé annuellement par les ARS dans la limite de la capacité d'accueil des universités.

Graphique 3 Répartition des médecins par âge, en 2022

1. Données 2021.

2. Données 2017.

3. En France, ce sont les données du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui sont présentées. Le RPPS ne comptabilise pas les internes et les médecins résidents (en formation). Par ailleurs, la France ne fait pas de distinction pas entre les 65-74 ans et les 75 ans ou plus.

Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Malte, Chypre, Portugal et Grèce). La Grèce a été exclue puisqu'elle comptabilise l'ensemble des médecins autorisés à exercer, et pas seulement ceux en exercice ou professionnellement actifs, ce qui peut entraîner une surestimation importante du nombre de praticiens en activité.

Lecture > En 2022, France, 44 % des médecins avaient 55 ans ou plus ; seulement 16 % avaient moins de 35 ans.

Champ > Si, dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice (praticiens directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés ou à titre libéral), en Slovaquie et au Canada les données couvrent tous les médecins professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. L'Espagne inclut également les sages-femmes.

Sources > ASIP-Santé-RPPS, calculs DREES pour la France ; OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé pour les autres pays.

Une proportion hétérogène mais croissante de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger

Une augmentation de la proportion de médecins formés à l'étranger dans la quasi-totalité des pays

En 2022, la proportion de médecins formés à l'étranger varie fortement entre les pays, de plus de 40 % en Irlande et en Norvège à moins de 1 % en Italie et en Lituanie (*graphique 4*).

Ces variations sont dues à deux phénomènes principaux : d'une part, face aux politiques de *numerus clausus* et avec la reconnaissance des diplômes de médecine dans les pays de l'UE¹, de plus en plus de jeunes partent étudier la médecine à l'étranger ; d'autre part, avec l'assouplissements des règles de

reconnaissance des diplômes étrangers, des médecins non nationaux formés à l'étranger émigrent dans un autre pays au début ou pendant leur carrière professionnelle.

À titre d'exemple, un nombre croissant de facultés de médecine en Espagne, en Roumanie ou en Pologne proposent ainsi des programmes en anglais à destination des étudiants de toute l'Europe (OCDE, 2019). Dans certains pays, et notamment en Norvège, une grande proportion des médecins formés à l'étranger sont en réalité des nationaux revenus dans leur pays d'origine après avoir effectué leurs études à l'étranger (OCDE, 2021). Le Canada, le Royaume-Uni et l'Irlande, dont respectivement 24 %, 32 %, et 41 % des médecins sont formés à l'étranger, attirent des médecins d'autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus

¹ Directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles.

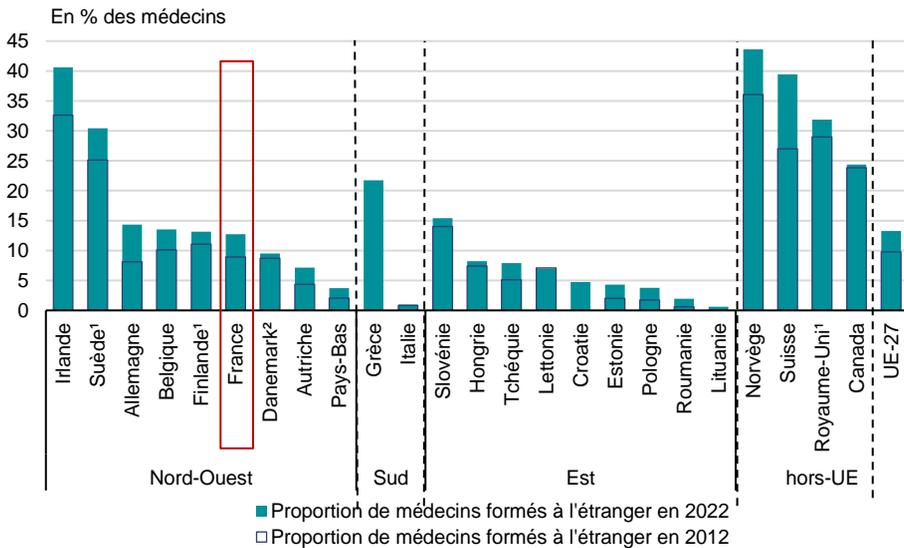
faible. Au Royaume-Uni, plus spécifiquement, le départ de certains médecins formés dans le pays implique le recrutement de médecins formés à l'étranger, notamment en Afrique, dans les anciennes colonies du Commonwealth et dans les pays de l'UE (Giraud, *et al.*, 2016).

La proportion de médecins formés à l'étranger s'est par ailleurs accrue ces dernières années, dans la plupart des pays étudiés. En 2022, environ 13 % des médecins exerçant dans un pays de l'UE-27 étaient formés à l'étranger, contre 10 % en 2012. Si cette proportion est restée relativement stable au Royaume-Uni (de 29 % à 32 %) et en Hongrie (de 7 % à 8 %), elle a rapidement augmenté en Suisse (+12 points de pourcentage [pp]) et en Norvège (+8 pp). Dans le cas de la Suisse, cette augmentation est principalement due au nombre croissant de médecins formés en Allemagne, en France et en Italie (Hostettler et Kraft, 2021). En France, la part des médecins formés à l'étranger est de 13 % en 2022 ; elle a augmenté sensiblement au cours des dix dernières années (+4 pp). Selon un rapport de la

DREES, en 2021, en France, près de deux médecins formés à l'étranger sur cinq possèdent la nationalité française (les données ne permettant toutefois pas de savoir si la nationalité française a été acquise avant ou après l'obtention du diplôme). Le reste est constitué d'étrangers avec un diplôme européen (principalement obtenu en Roumanie, en Belgique ou en Italie) et, dans une moindre mesure (5 % d'entre eux environ), d'étrangers avec un diplôme non européen (principalement obtenu en Syrie, au Maroc et en Tunisie) (Anguis, *et al.*, 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, ce qui a accéléré ce phénomène. 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.

Graphique 4 Proportion de médecins formés à l'étranger en 2012 et en 2022



1. Données 2021.
2. Données 2020.

Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Malte, Chypre, Espagne, Portugal, Luxembourg, Slovaquie et Bulgarie).

Lecture > En France, en 2022, 13 % des médecins ont été formés à l'étranger. Ils étaient 9 % en 2012.

Champ > Dans la mesure du possible, les données collectées se réfèrent aux médecins en exercice (praticiens directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés ou à titre libéral). Si cela n'est pas possible, les données sont rapportées pour les médecins professionnellement actifs (Suisse, Canada) ou pour les médecins autorisés à exercer et cela même s'ils n'exercent pas (Irlande, Belgique, Grèce, Italie, Estonie, Pologne, Lituanie). L'Espagne inclut également les sages-femmes. Par ailleurs, les données issues du module WorkForce Migration peuvent différer légèrement des données du module Human Resources en fonction de la source utilisée et de la couverture des données. Par exemple dans le cas de l'Allemagne, les données des médecins en exercice issues du module Human Resources excluent les dentistes, les stomatologues ainsi que les médecins spécialisés en « chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale », tandis que les données du module WorkForce migration incluent les médecins spécialisés en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

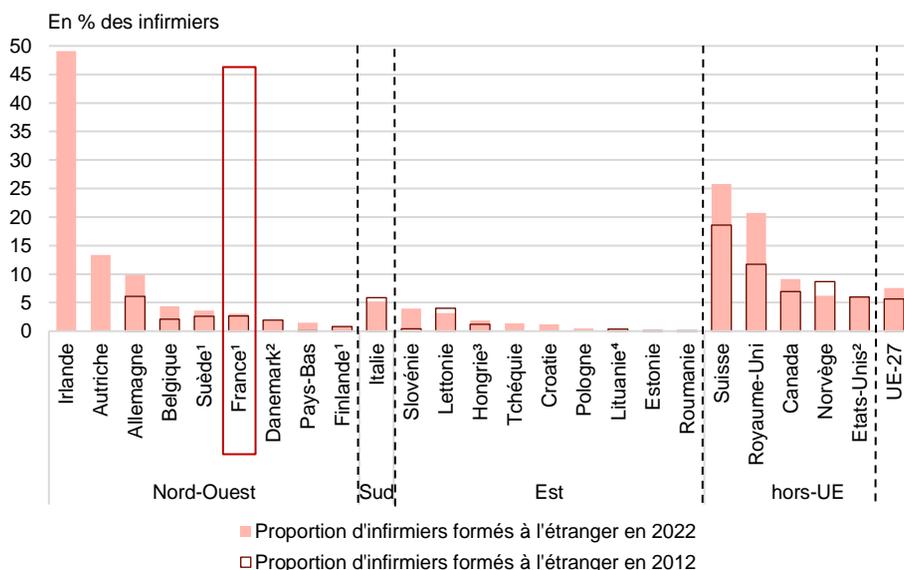
Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Une augmentation, bien que moins prononcée, du nombre d'infirmiers formés à l'étranger

La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène dans les pays de l'OCDE étudiés ici et, de manière générale, est bien inférieure à celle des médecins. Elle s'établit en France à 3 % du total des infirmiers (8 % en moyenne dans les pays de l'UE-27) (*graphique 5*). En Suisse, elle dépasse 25 %, notamment du fait des travailleurs transfrontaliers (Debouzy et Reffet-Rochas, 2022).

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 (+2 pp en moyenne entre 2012 et 2022 dans les pays de l'UE-27) ; les augmentations les plus importantes étant observées dans les pays de l'ouest de l'Europe (+4 pp en Belgique) et au Royaume-Uni (+9 pp). Cette proportion a toutefois diminué en Lettonie (-1 pp), en Norvège (-3 pp) et en Italie (-1 pp). En France, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger n'a pas progressé entre 2012 et 2022.

Graphique 5 Proportion d'infirmiers formés à l'étranger en 2012 et en 2022



1. Données 2021.

2. Données 2020.

3. Données 2013.

4. Données 2014.

Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Espagne, Grèce, Luxembourg, Portugal, Slovaquie, Bulgarie, Croatie, Chypre).

Lecture > En France, en 2022, 3 % des infirmiers ont été formés à l'étranger. Ils étaient 3 % en 2012.

Champ > Dans la mesure du possible, les données collectées se réfèrent aux infirmiers en exercice (praticiens directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés ou à titre libéral). Si cela n'est pas possible, les données sont rapportées pour les infirmiers professionnellement actifs (France, Canada) ou pour les infirmiers autorisés à exercer, et cela même s'ils n'exercent pas (Autriche, Belgique, Italie, Estonie, Croatie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni). Par ailleurs, les données issues du module *WorkForce Migration* peuvent différer légèrement des données du module *Human Resources* en fonction de la source utilisée et de la couverture des données.

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

Davantage de médecins spécialistes que de médecins généralistes dans l'UE-27

En moyenne, dans les pays de l'UE-27, les médecins généralistes (et autres praticiens en médecine générale) ne représentent que 27 % des médecins. Ils constituent près de la moitié des effectifs en France (44 %), au Canada (47 %), aux Pays-Bas (47 %) et en Irlande (52 %), mais seulement 12 %, 13 % et 14 % des médecins respectivement aux

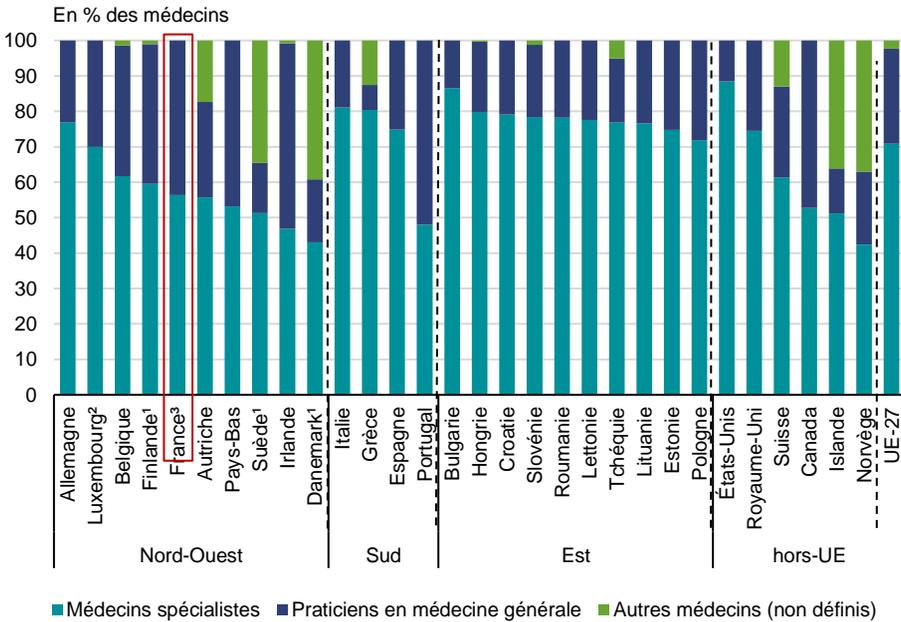
Etats-Unis, en Bulgarie et en Suède (*graphique 6*). En Allemagne, les médecins généralistes sont beaucoup moins nombreux qu'en France (23 %) ; cela s'explique par la présence d'un grand nombre d'assistants techniques, médicaux et d'infirmiers qui travaillent aux côtés des généralistes. Leur contribution permet d'assurer un volume d'activité élevé tout en réduisant de moitié le temps médical nécessaire pour chaque patient, par rapport à la France (Minery, Or, 2024).

La comparaison internationale des effectifs de généralistes est toutefois difficile compte tenu des différences dans l'organisation des soins et de la variation des modalités de catégorisation des médecins. Dans certains pays, notamment dans les pays du Nord de l'Europe, une grande partie des médecins sont ainsi regroupés dans la catégorie « Autres médecins » qui comprend les médecins, les internes et les résidents en médecine ne pouvant être classés dans les autres catégories.

les soins primaires (soins de premier recours et de proximité) et en promouvant une organisation plus verticale¹ des soins de santé. En France, le quota de places réservées en médecine générale a été révisé à la hausse, de 3 280 places en 2021 à 3 388 places en 2022 (Légifrance, 2022). De manière similaire, aux Pays-Bas, le Conseil consultatif de planification des personnels médicaux a préconisé l'allocation de près de la moitié des places à la médecine générale pour la période 2024-2027, contre 40 % aujourd'hui (ACMMP, 2022). ■

Au cours des dernières années, plusieurs pays ont toutefois mis en place des réformes visant à revaloriser le rôle du médecin généraliste, en renforçant

Graphique 6 Répartition entre médecins spécialistes et médecins généralistes en 2022



1. Données 2021.
 2. Données 2017.
 3. En France, ce sont les données du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui sont présentées. Le RPPS ne comptabilise pas les internes et les médecins résidents (en formation).
Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée à partir des dernières années et pays disponibles (hors Malte, Chypre, Portugal, Grèce, Slovaquie et Croatie). La Grèce et le Portugal ont été exclues puisqu'ils comptabilisent l'ensemble des médecins autorisés à exercer, et pas seulement ceux en exercice ou professionnellement actifs, ce qui peut entraîner une surestimation importante du nombre de praticiens en activité.
Lecture > En 2022, en France, 56 % des médecins sont des spécialistes et 44 % sont des généralistes.
Champ > Si, dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice (praticiens directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés ou à titre libéral), au Canada les données couvrent tous les médecins et les infirmiers professionnellement actifs, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. L'Espagne inclut également les sage-femmes. 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 > ASIP-Santé-RPPS, calculs DREES pour la France ; OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé pour les autres pays.

¹ Organisation dans laquelle le médecin généraliste est chargé d'orienter les patients vers ses confrères spécialistes.

Pour en savoir plus

- > **ACMMP (2022).** *Recommendations 2024-2027. Main report. Advisory committee on medical manpower planning.*
- > **Anguis, M., et al. (2021).** *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constats et projections démographiques.* Les dossiers de la DREES n°76.
- > **Babet, C., Donnenfeld, M., Kamionka, J. (2024).** *Démographie des infirmières et des aides-soignantes. Méthodologie de construction de séries longues.* DREES Méthodes n°15.
- > **Biais, M., Cassou, M., Franc, C. (2022).** *Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe.* Etudes et résultats n°1229, DREES.
- > **Cazenave-Lacroutz, A. (2024).** *Les établissements de santé en 2022 – Édition 2024.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Debouzy, I., Reffet-Rochas, A. (2022).** *Travailleurs frontaliers : six profils de « navettes » vers la Suisse.* Insee Analyses, 145.
- > **Diderichsen, S., Andersson, J., Johansson, E., Verdonk, P., Lagro-Janssen, A., Hamberg, K. (2011).** *Swedish medical students' expectations of their future life.* International Journal of Medical Education.
- > **FEDER (2019).** *La médecine ambulatoire en France, en Allemagne et en Suisse.* Fonds européen de développement régional.
- > **Gibis, B., Heinz, A., Jacob, R., Müller, C. H. (2012).** *The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany.* Deutsches Ärzteblatt International.
- > **Giraud, J., Favier, A., Gardeur, E., Imbert, F., Lambert-Evans, S., Ledesert, B., Martineau, H., Medina, P., Sonko, A. (2016).** *Les mobilités internationales des professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens.* ONDPS.
- > **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 (2022).** *Arrêté du 19 juillet 2022 fixant au titre de l'année universitaire 2022-2023 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire.* JORF n°0166 du 20 juillet 2022.
- > **Minery, S., Or, Z. (2024).** *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne.* Les rapports de l'Irdes, n°590. Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- > **Ministère de la santé et des solidarités (2021).** *Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels des professionnels de santé à former pour la période 2021-2025.* Légifrance.
- > **NHS England (2023, juin).** *NHS long-term workforce plan.* National Health Service.
- > **OCDE (2019).** *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students.* Éditions OCDE, Paris.
- > **OCDE (2021).** *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE.* Éditions OCDE, Paris.
- > **OCDE (2023a).** *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE.* Éditions OCDE, Paris.
- > **OCDE (2023b).** *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience.* Études de l'OCDE sur les politiques de santé, éditions OCDE, Paris.
- > **Schewiller, V., Ehrenzeller, C., Laager, R., Serban, L., Reynaud de la Jara, M., Lutz, L. (2023).** *Survey on expectations of medical students towards their future profession.* Swiss Medical Students' Association.

Comparaisons
internationales des
systèmes de santé et de
leur financement

Trois types de systèmes de santé coexistent dans les pays occidentaux, qui diffèrent notamment par leur mode de financement des dépenses de santé : les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (comme en France ou en Allemagne), les systèmes nationaux de santé (comme au Royaume-Uni) et les systèmes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés (comme aux États-Unis). 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. Depuis une dizaine d'années, la part des assurances privées obligatoires a, par ailleurs, 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. Enfin, le poids des dépenses de gouvernance dépend du système de santé : en moyenne, elles sont plus faibles pour les systèmes nationaux de santé et plus élevées pour les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés.

Trois types de systèmes de santé, aux financements différents

Schématiquement, trois approches de financement des dépenses de santé dominent dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : (1) les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, (2) les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés et (3) les systèmes nationaux de santé.

En pratique, dans la majorité des pays étudiés, les systèmes de santé présentent toutefois certaines caractéristiques hybrides, même s'ils se rapprochent davantage de l'un ou de l'autre de ces trois schémas.

Systèmes nationaux de santé

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un système national de santé financé par l'impôt. Dans ce type de système de santé, dit *beveridgien*¹, 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, qu'ils contribuent ou non à son financement, et 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 capitation². 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 (directement ou *via* des assurances privées facultatives).

Dans les pays avec un système national de santé, l'État est le premier financeur des dépenses de santé : il prend en charge plus de 60 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et même plus de 80 % en Suède, en Norvège, en Islande, au Danemark et au Royaume-Uni (*graphique 1*). Le reste est pris en charge par les assurances privées facultatives (14 % des dépenses de santé au Canada, 12 % en Irlande), ou par les ménages. Le reste à charge (RAC) des ménages varie fortement entre les pays : il est inférieur à 17 % dans les pays du nord de l'Europe (jusqu'à 16 % en Finlande), mais il est plus élevé dans les pays du sud et représente de 19 % à 34 % des dépenses de santé en Italie, en Espagne, au Portugal et en Grèce.

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques

Ce type de système de santé est présent dans les pays dont le système de protection sociale est ancien et d'inspiration bismarckienne³ tels que la

¹ Du nom de l'économiste William Beveridge qui l'a mis en place au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Construits sur le principe de solidarité, les modèles beveridgiens offrent des avantages sociaux à l'ensemble de la population, indépendamment du statut socio-économique (c'est l'appartenance à la communauté nationale qui fonde le droit à une aide).

² La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

³ Du nom du chancelier allemand Otto von Bismarck qui, en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, a proposé une assurance maladie obligatoire assise sur les revenus du travail et dont les droits sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

France, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique et, depuis les années 1990, dans les pays d'Europe de l'Est. Ces systèmes se caractérisent par l'existence d'une assurance maladie publique qui couvre largement la population ; les prestations maladie 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 où les professionnels de santé sont salariés.

Au Luxembourg, en Croatie, en France, en Tchéquie ou en Slovaquie, entre 70 % et 80 % de l'ensemble de la DCSi est financée par l'Assurance maladie en 2022 (74 % en France) [graphique 1].

De manière générale, l'assurance privée volontaire joue un rôle mineur au sens où elle finance moins de 10 % de la DCSi, et la part non couverte par l'assurance obligatoire publique reste largement à la charge des ménages. La Slovénie fait toutefois figure d'exception : l'assurance privée volontaire y représente 15 % de la DCSi. En Allemagne, certains salariés peuvent choisir de souscrire une assurance privée (qui est alors obligatoire) à la place de l'assurance publique. En France, la couverture par l'assurance maladie publique est complétée par des dispositifs d'assurance maladie privés, devenus obligatoires en 2016 pour la plupart des salariés du secteur privé (6 % de la DCSi). L'État finance également une partie des dépenses de santé (4 %), incluant des mesures à destination des personnes les plus modestes de manière à garantir l'universalité de la couverture santé.

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés

Les Pays-Bas et la Suisse, au fonctionnement initialement bismarckien, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des assureurs privés mis en concurrence. Ainsi, dans ces deux pays, les assurances privées obligatoires financent respectivement 52 % et 41 % de la DCSi (graphique 1).

¹ Dans l'Union européenne, les assurances maladie privées n'ont pas le droit de discriminer ou de faire varier les franchises en fonction du sexe de l'assuré depuis la directive 2004/113/CE du Conseil de l'Europe du 13 décembre 2004.

² Medicaid est un programme d'assistance en matière de santé qui s'adresse aux personnes à faible revenu de tous âges. 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.

³ Les assurances facultatives couvrent des soins qui ne sont pas pris en charge par la couverture de base (dentaire et optique par exemple). En France, et dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assu-

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 la souscription 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 entre ces deux pays : en Suisse, les primes d'assurance doivent être uniformes pour tous les individus de la même zone géographique ayant opté pour le même niveau de franchise ; elles ne peuvent varier qu'en fonction de l'âge et du sexe de l'assuré¹, et non en fonction du risque individuel de ce dernier (Dormont, *et al.*, 2012). Aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée aux revenus du salarié (Lafon et Montaut, 2017).

Aux États-Unis, où l'assurance maladie (privée ou publique) était auparavant complètement facultative, le Patient Protection and Affordable Care Act (ACA ou « Obamacare ») oblige, depuis 2014, les particuliers à souscrire à une assurance maladie. Les plus modestes sont couverts par des assurances publiques : le Children's Health Insurance Program pour les plus jeunes ; Medicare pour les personnes âgées ; ou Medicaid pour les personnes à faibles revenus que la réforme a étendu aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté américain² (CLEISS, 2023). À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies – devenues obligatoires – restent toutefois largement privées : aux États-Unis, 30 % de la DCSi est financée par les assurances privées obligatoires en 2022.

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés comme dans les systèmes de santé publics, sauf exception, l'assurance privée volontaire³ finance moins de 10 % de la DCSi.

rances publiques, l'assurance privée facultative est principalement complémentaire : elle intervient sur l'ensemble du panier de base où, pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré. L'assurance privée facultative est dite supplémentaire lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base, souvent l'optique et le dentaire ; cela concerne principalement les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés. Enfin, au Royaume-Uni, et plus généralement dans les services nationaux de santé, l'assurance privée facultative intervient principalement à titre duplicatif. Pour couvrir les dépenses engagées auprès des fournisseurs de soins privés et, dans une moindre mesure, à titre complémentaire pour certains soins (dentaire, optique) (Lapinte, *et al.*, 2024).

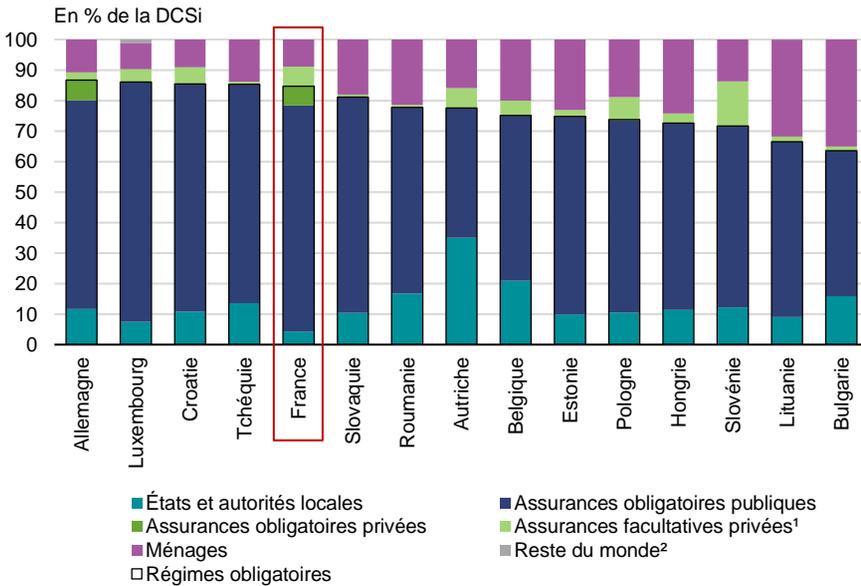
Une distinction très schématique, qui peut évoluer

Il convient toutefois de noter que cette distinction entre services nationaux de santé, assurance maladie publique et assurance maladie privée est très schématique. En pratique, dans la majorité des pays étudiés, les systèmes de santé présentent certaines caractéristiques hybrides, même s'ils se rapprochent davantage de l'un ou de l'autre de ces trois schémas. Plusieurs pays à dominance bismarckienne, dont la France et l'Allemagne, ont ainsi introduit des mécanismes concurrentiels à l'intérieur du système d'assurance maladie (*paragraphes suivants*). Le modèle autrichien est quant à lui caractérisé par un modèle mixte de financement, dans lequel l'État et l'assurance maladie contribuent à parts presque égales au financement des soins de santé (respectivement 35 % et 43 % de la DCSI). En pratique, les administrations fédérales et locales financent pour l'essentiel les services hospitaliers, alors que les caisses de sécurité sociale financent les autres composantes de la dépense, tels que les soins ambulatoires ou les dépenses pharmaceutiques (OCDE, 2011).

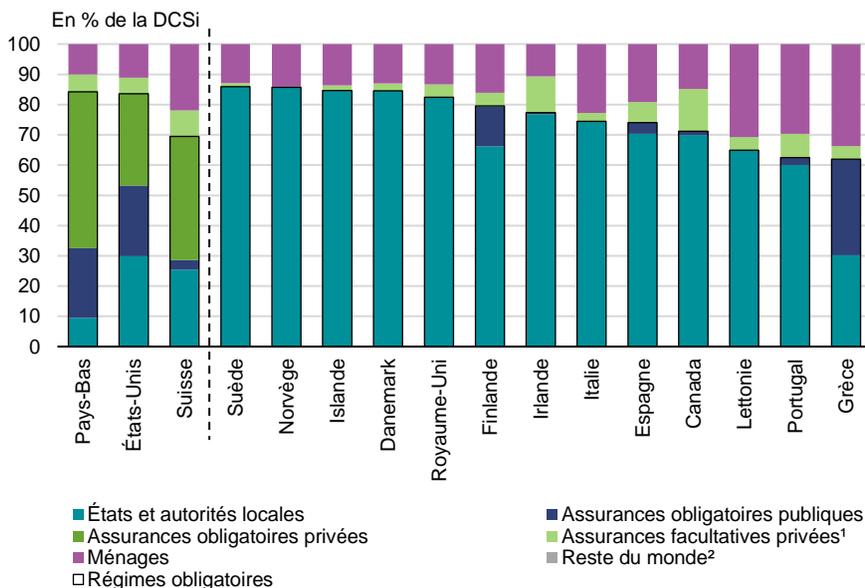
Enfin, de manière similaire, les systèmes de santé des pays d'Europe de l'Est, initialement financés par l'État, s'orientent depuis les années 1990 vers des modèles bismarckiens articulés autour de caisses d'assurance maladie obligatoires (Hassenteufel, 2013). La transition n'étant pas complètement achevée dans l'ensemble de ces pays, l'État finance parfois encore une part significative de la DCSI. En Pologne, par exemple, quelques actes spécifiques sont encore financés par le budget de l'État (11 % de la DCSI en 2022), le reste dépendant du système généralisé de cotisations d'assurance maladie (Garabiol, 2006). Ce phénomène est également présent dans certains pays du Sud qui, dans une optique d'accès universel aux soins, ont effectué une transition vers un modèle beveridgien. En raison d'un contexte économique défavorable dans les années 2000, la transition reste incomplète dans plusieurs de ces pays (Cohu et Lequet-Slama, 2006). Cela s'observe nettement en Grèce où les caisses de Sécurité sociale financent encore près d'un tiers de la DCSI en 2022.

Graphique 1 Financement de la DCSI en 2022

a. Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques



b. Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (à gauche) et services nationaux de santé (à droite)



1. Et autres dispositifs facultatifs.

2. Le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Cette part, qui demeure très marginale, concerne surtout le Luxembourg (1 % de la DCSi), la Lituanie et la Grèce (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 2022, 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 et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Une relative stabilité de la structure de financement des soins dans le temps

La structure de financement des soins de santé est restée globalement stable dans les pays étudiés entre 2006 et 2022. Pour certains d'entre eux, les crises successives, économiques et sanitaires, ont affecté sa structure ; ces modifications demeurent néanmoins pour la plupart marginales.

En Italie, en Espagne et au Portugal, le niveau des dépenses restant à la charge des ménages a augmenté depuis la crise économique de 2008 (*graphique 2*), ce de manière persistante : +0,8 point de pourcentage (pp) en Espagne entre 2006 et 2019, +2,1 pp en Italie et +5,1 pp au Portugal. Cette augmentation résulte probablement des politiques budgétaires mises en place après la crise, notamment de l'instauration ou de l'augmentation des tickets modérateurs¹ ainsi que du relèvement des seuils de remboursement (OCDE, 2021).

La crise sanitaire du Covid-19 a également modifié la structure de financement de la santé ; les dépenses de santé liées au Covid-19, essentiellement assurées par des hôpitaux, ont été davantage financées par des régimes obligatoires, ce qui a entraîné une hausse de la part de la DCSi prise en charge par les régimes obligatoires entre 2019 et 2022 dans l'ensemble des pays étudiés : + 3,2 pp au Royaume-Uni, +1,4 pp aux Pays-Bas, +1,3 pp en France, +2,7 pp en Allemagne, +3,5 pp en Espagne.

Conjointement à cette hausse, la part des dépenses de santé financée par les assurances privées facultatives et les ménages a baissé sur cette même période, dans des proportions très variables entre pays et indépendamment du type de système de santé : -0,5 pp pour les ménages et -0,8 pp pour les assurances facultatives en France, -2,5 pp et -0,2 pp respectivement en Allemagne, -1,3 pp et -0,4 pp en Finlande ou -1,0 pp et -0,7 pp au Portugal. Ces baisses s'expliquent principalement par le fait que, malgré la reprise de certains soins de santé après les périodes

¹ 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, hors dépassements d'honoraires éventuels.

de confinement (Arnaud et Lefebvre, 2023), des soins n'ont pas été réalisés durant cette période, notamment en raison de la baisse des niveaux de détection, de diagnostic et de traitement de certaines maladies : les niveaux de 2019 de ces soins – pour lesquels la part de financement par les ménages et les assurances privées est plus importante qu'elle ne l'est pour les soins liés au Covid-19, comme pour l'ensemble des soins en moyenne – n'ont pas été rattrapés depuis (Arnaud et Lefebvre, 2023).

En France, en Allemagne et aux États-Unis, des réformes du système de santé ont accru la part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué vers plus d'interventions des assureurs privés obligatoires en France, en Allemagne et aux États-Unis, du fait des réformes du système de santé (graphique 2).

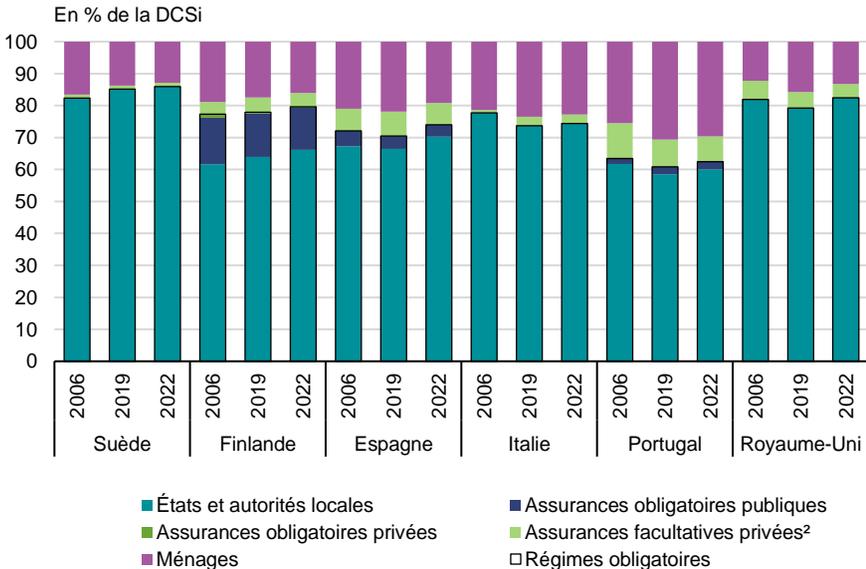
En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. En Allemagne, certains travailleurs, dont

les indépendants et les fonctionnaires, peuvent ainsi 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, en complément de l'assurance publique. Pour ces deux pays, l'assurance privée obligatoire, inexistante jusqu'en 2016 en France et en 2009 en Allemagne finance respectivement 6,6 % et 6,2 % de la DCSi en 2022 (soit un peu moins qu'avant la crise due au Covid-19 : ces parts atteignaient 7,1 % et 6,8 % en 2019).

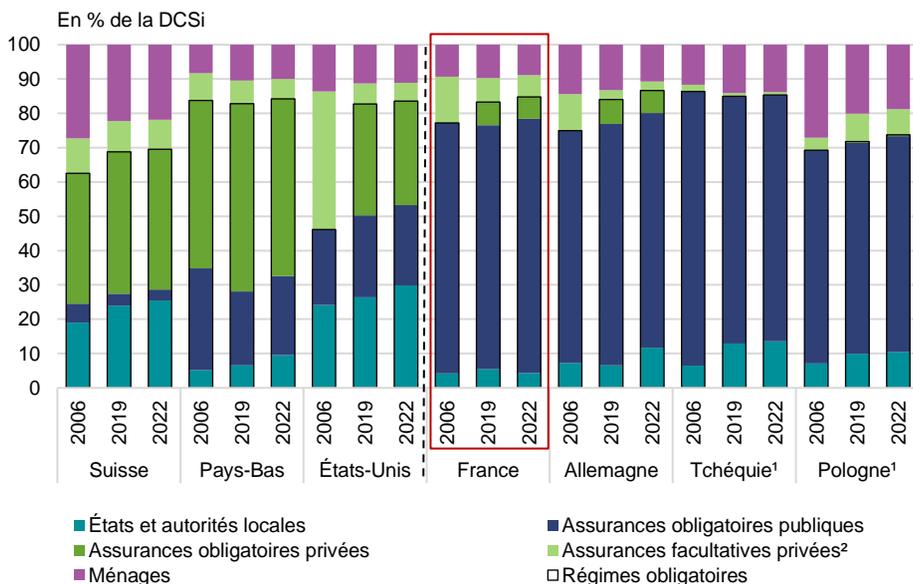
Aux États-Unis, sous l'effet de l'ACA, l'assurance privée obligatoire auparavant inexistante a atteint 32,4 % du financement des soins en 2019. Dans le même temps, la part de l'assurance privée facultative a baissé d'environ 34 points de pourcentage (pp) [6,0 % en 2019 contre 40,2 %]. En 2021, l'obligation de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA a été supprimée au niveau fédéral, néanmoins maintenue dans certains États : la part des assurances privées obligatoires a alors légèrement baissé pour atteindre 30,4 % de la DCSi en 2022.

Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2006, 2019 et 2022

a. Services nationaux de santé



b. Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (à gauche) et systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à droite)



1. En 2006, pas de distinction disponible entre assurances obligatoires privées et publiques en Tchéquie et en Pologne.
2. Et autres dispositifs.

Lecture > En 2022, en France, les régimes obligatoires financent 85 % des dépenses de santé. Les assurances privées facultatives et les 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 et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les recettes des régimes obligatoires de financement des soins

Les dépenses de santé sont généralement financées par des prélèvements obligatoires – cotisations sociales ou impôts et taxes – des prépaiements volontaires (primes d'assurance) ou d'autres ressources nationales et revenus de l'étranger. Cette partie porte uniquement sur les recettes des régimes obligatoires, qu'ils soient privés ou publics¹. La structure des recettes de ces régimes varie selon le système de financement en place (*graphique 3*).

Dans les services 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, en Norvège, au Royaume-Uni et au Danemark.

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, les cotisations sociales occupent une place bien plus importante que dans les services nationaux de santé. Elles représentent même plus de 50 % des régimes obligatoires dans

la plupart des pays étudiés, et financent jusqu'à 84 % de ces régimes en Pologne.

En France, les cotisations sociales représentent 36 % des recettes des régimes obligatoires. La CSG, qui est un impôt portant sur l'ensemble des revenus et qui est intégralement affecté à la protection sociale, en représente 22 %. Le reste est financé principalement par d'autres impôts (32 %).

Dans les services nationaux de santé et dans les systèmes à assurances publiques, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, les primes d'assurance constituent une part importante des recettes (entre 18 % aux Pays-Bas et 50 % en Suisse). En France et en Allemagne, les prépaiements obligatoires constituent une faible part des recettes des régimes obligatoires, le privé obligatoire finançant moins de 10 % de la DCSi (6 % des recettes en France).

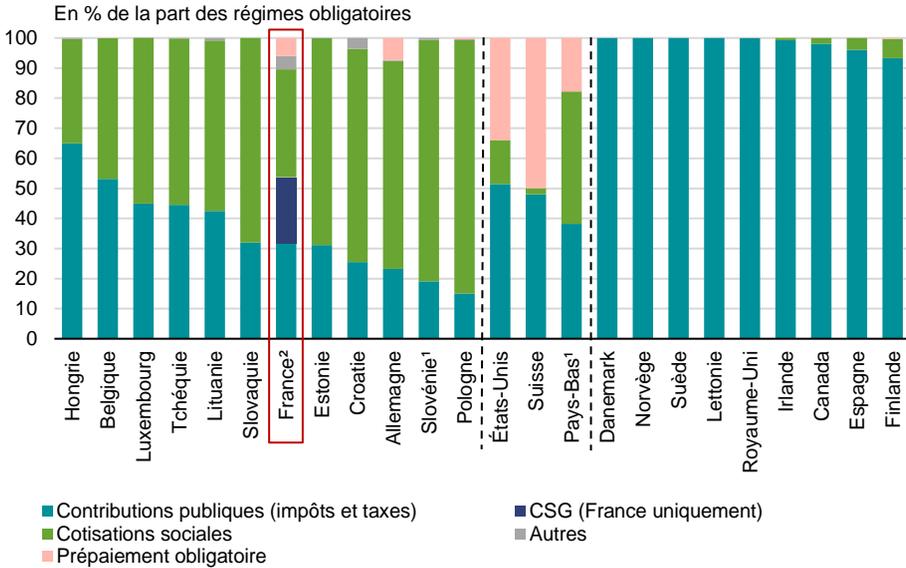
¹ Les régimes obligatoires correspondent aux États et collectivités territoriales, aux assurances publiques obligatoires et aux assurances privées obligatoires.

Elles constituent le montant que l'assuré doit payer à l'assureur en échange de la couverture fournie par la police d'assurance. Une partie de ces primes demeurent souvent à la charge de l'employeur et, dans

certains cas, peuvent également être subventionnées par l'État.

Graphique 3 Les recettes des régimes obligatoires selon le financement public en 2022

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à gauche), systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (au milieu) et services nationaux de santé (à droite)



1. Données 2021.

2. 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, 2023). 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 étant essentiellement financés par les prépaiements obligatoires, la part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins a été ajoutée à titre indicatif dans la catégorie « prépaiement obligatoire ».

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 contributions publiques comprennent 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 36 % par les cotisations sociales, à 32 % par les contributions publiques et à 22 % par la CSG, à 6 % par les prépaiements obligatoires et à 5 % par d'autres revenus nationaux.

Sources > DSS, 2023 pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Des dépenses de gouvernance en moyenne plus faibles dans 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.

Aux États-Unis, en 2022, tous financeurs publics et privés confondus, les dépenses de gouvernance représentent 7,9 % de la DCSi (graphique 4). La Slovaquie et la France suivent avec respectivement 7,8 % et 5,0 % de la DCSi consacrée à la gouvernance. De manière générale, les dépenses de gouvernance croissent avec le poids des assureurs privés et des caisses d'assurance publiques. Dans les systèmes nationaux de santé gérés par l'État, les dépenses de gouvernance sont souvent plus faibles : de 0,8 % de la DCSi en Finlande à 3,2 % au Canada. 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 sont ainsi supérieures à 1,5 % aux États-Unis, en France, en Autriche, en Suisse, aux Pays-Bas, au Canada, en Espagne et en Irlande.

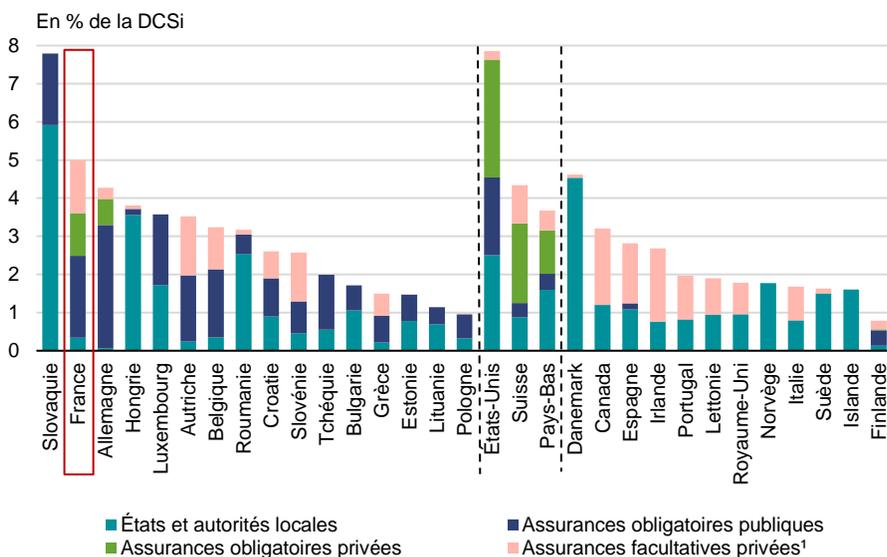
Aux États-Unis, où les frais de gestion des assurances privées représentent 3,3 % de la DCSI, la duplication des coûts fixes, la multiplication des opérations de publicité et de marketing qui résultent de la concurrence entre organismes expliquent en partie ce montant.

En France, les dépenses de gestion des assurances privées comptent pour 50,4 % des dépenses de

gouvernance, alors qu'elles ne financent que 12,4 % des dépenses de santé en 2022. Cela s'explique par le fait que, en France, l'assurance maladie privée intervient dans une logique de cofinancement public et privé ; pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré, ce qui ne permet pas d'effectuer des économies d'échelle dans les coûts de gestion (Paris et Polton, 2016 ; Lafon et Montaut, 2017). Selon les données du Système international des comptes de la santé (SHA) de l'OCDE, les dépenses de gouvernance du système de santé français ont ainsi augmenté de 13 % entre 2012 et 2022, essentiellement du fait des organismes complémentaires, facultatifs et obligatoires, dont les dépenses de gouvernance ont crû de 29 % entre 2012 et 2022. ■

Graphique 4 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2022

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à gauche), systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (au milieu) et services nationaux de santé (à droite)



1. Et autres dispositifs facultatifs.

Lecture > En France, en 2022, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5 % de la DCSI, dont 0,3 % de dépenses de l'État, 2,1 % de dépenses de l'assurance obligatoire publique, 1,1 % de dépenses des assurances obligatoires privées et 1,4 % de dépenses des assurances privées facultatives.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **CLEISS** (2023). *Le régime américain de sécurité sociale*. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.
- > **Cohu, S., Lequet-Slama, D.** (2006, mars). Les systèmes de santé du Sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation. DREES, *Études et Résultats*, 475.
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2023, septembre). *Les chiffres clés de la sécurité sociale*.
- > **Dormont, B., Geoffard, P.-Y., Lamiraud, K.** (2012, mai). Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ? Insee, *Économie et Statistique*, 455-456, pp. 71-87.
- > **Garabiol, P.** (2006). *L'assurance maladie en Europe – Étude comparée*. Fondation Robert Schuman.
- > **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.
- > **Hartmann, L.** (2008). Le coût du système de santé américain. *Les Tribunes de la santé*.
- > **Hassenteufel, P.** (2013) Quelle européenisation des systèmes de santé ? *Informations sociales*, 175, pp. 48-59.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R.** (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **OCDE** (2011). Chapitre 2 – Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux. Dans *Études économiques de l'OCDE*, 12, pp. 89-140.
- > **OCDE** (2021). *Panoramas de la santé 2021*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards EN3S*, 49.

En 2022, le reste à charge (RAC) des ménages en France s'élève à 9,2 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) : après le Luxembourg (8,7 %) et la Croatie (9,1 %), c'est le RAC le plus faible des pays étudiés. Globalement, la part de la DCSi restant à la charge des ménages est bien plus faible dans les pays de l'ouest et du nord de l'Europe que dans les pays de l'est et du sud de l'Europe. La dépense restant à charge par habitant, après correction des écarts de prix entre les pays en matière de santé, est de 426 euros en France en 2022, contre 516 euros en moyenne dans l'UE-27. En part de revenu disponible, le RAC varie de 0,6 % en Croatie à 3,1 % au Portugal, contre 1,1 % en France. Parmi les pays étudiés, les biens médicaux (et en particulier les produits pharmaceutiques) ainsi que les soins ambulatoires sont les premiers contributeurs au RAC des ménages. En France, les soins de longue durée (SLD) représentent une part importante du RAC des ménages (37 %), tout comme en Allemagne (38 %). Cette part élevée restant à la charge des ménages est principalement due au fait que les SLD sont moins bien pris en charge que les autres dépenses de santé dans ces deux pays. En France, le RAC finance ainsi 21 % des SLD, contre seulement 14 % des dépenses pour les biens médicaux et 5 % des dépenses de soins de santé.

Le reste à charge (RAC) des ménages est le montant de la dépense de santé qu'il reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires¹. Il ne comprend pas les dépenses non présentées au remboursement de la Sécurité sociale (médecines douces, médicaments sans ordonnance) et n'inclut pas les montants prélevés sur les ménages pour financer les assurances publiques et privées (cotisations sociales, impôts et les taxes, primes d'assurance). L'existence d'un reste à charge peut conduire certains ménages à renoncer à des soins, pour des raisons financières. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) permettent de calculer un RAC de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) par pays, d'apprécier l'ampleur du reste à charge en moyenne, ce qui constitue un indicateur indirect de risque de renoncement aux soins de santé par pays. D'un pays à l'autre, un RAC élevé peut avoir plusieurs explications liées à l'organisation du système de santé : la non-couverture d'une partie de la population, le non-remboursement partiel ou total de certains soins, ou encore l'existence d'une franchise individuelle, par exemple. Certains individus peuvent être confrontés à des RAC très élevés, même lorsque le RAC moyen est faible. Toutefois, 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, ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps), associées à des

dépenses de soins très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (en Allemagne, le RAC est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées dans certains pays d'Europe du Sud ou du Nord) ou pour les femmes enceintes.

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

Dans tous les pays considérés ici, les régimes obligatoires (États et les collectivités locales, assurances maladies obligatoires ou assurances privées obligatoires) assurent la majeure partie du financement des dépenses de santé (fiche 24). Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives (fiche 26). Le reste est directement payé par les ménages : on parle communément de reste à charge (RAC) des ménages.

En 2022, en moyenne dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27), 14,2 % de la DCSi reste à la charge des ménages (*graphique 1*). Les RAC les plus élevés sont observés dans les pays du sud de l'Europe (33,5 % en Grèce, 29,6 % au Portugal et 22,7 % en Italie), dans les pays de l'est de l'Europe (35,1 % en Bulgarie, 31,8 % en Lituanie et 30,7 % en Lettonie) et en Suisse (21,6 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, en 2022, la France a le troisième RAC le plus faible en proportion de la

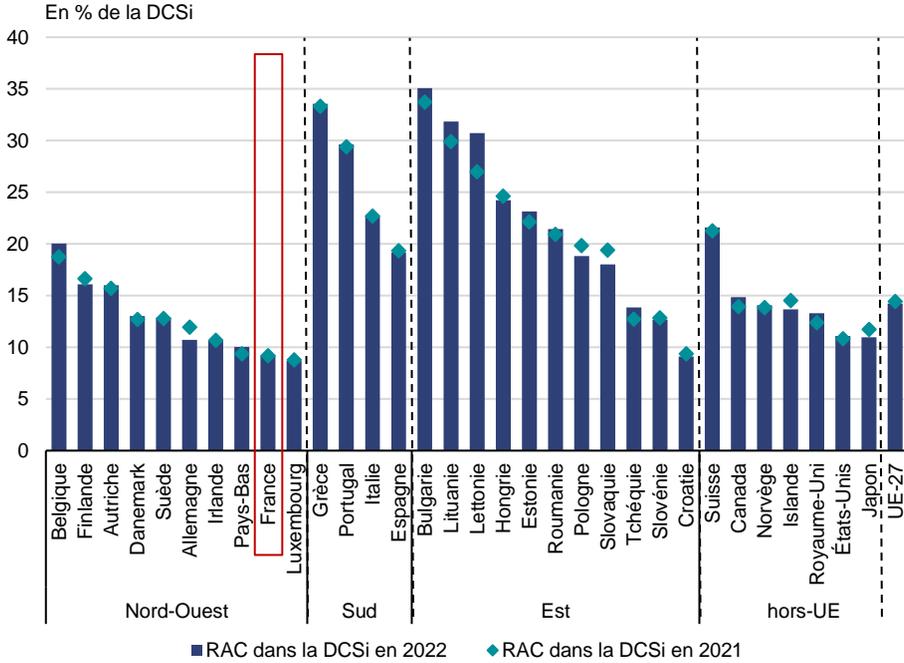
¹ Le mode de calcul développé par l'OCDE ou la DREES pour la France est décrit en annexe.

DCSi (9,2 %), juste après le Luxembourg (8,7 %) et la Croatie (9,1 %).

15 %. Aux États-Unis, la mise en place, en 2014, de l'Obamacare et de l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle ont entraîné une baisse du RAC, qui ne représente plus que 11,1 % de la DCSi en 2022 (fiche 26).

16 pays parmi ceux étudiés ici ont une part de leur DCSi restant à la charge des ménages inférieure à

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la DCSi en 2021 et en 2022



Lecture > En France, en 2022, le RAC dans la DCSi s'élève à 9,2 % des dépenses ; en 2021, il s'établissait également à 9,2 %.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et hors Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les dépenses par habitant plus importantes en Suisse et dans certains pays de l'est de l'Europe

La quantité de soins de santé (et de biens médicaux) que les patients doivent payer de leur poche est fortement hétérogène d'un pays à l'autre. On raisonne ici en volume de soins, c'est-à-dire en corrigeant les dépenses de santé des différences nationales en matière de prix des biens et des services de santé pour les ménages (en parité de pouvoir d'achat en santé [PPA santé¹] [glossaire]).

Les dépenses de soins de santé des ménages financées directement, *via* le RAC, sont particulièrement

importantes en Suisse, en Lituanie et en Bulgarie (respectivement 958, 930 et 835 euros PPA santé par habitant) [graphique 2]. Le volume de soins et de biens médicaux financé par le RAC relativement élevé observé en Suisse s'explique par le fait que, en plus des primes d'assurances, les patients contribuent aux coûts de leurs traitements médicaux à hauteur d'une franchise annuelle fixe s'élevant à 300 CHF pour la franchise de base et pouvant atteindre 2 500 CHF² (Confédération suisse, 2024) ; une fois la franchise atteinte, la caisse d'assurance maladie rembourse 90 % des frais de santé, les 10 % restants constituant la quote-part³.

¹ Les parités de pouvoir d'achat en matière de santé sont exprimées en base France, ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France.

² Soit 315 euros et 2630 euros environ respectivement.

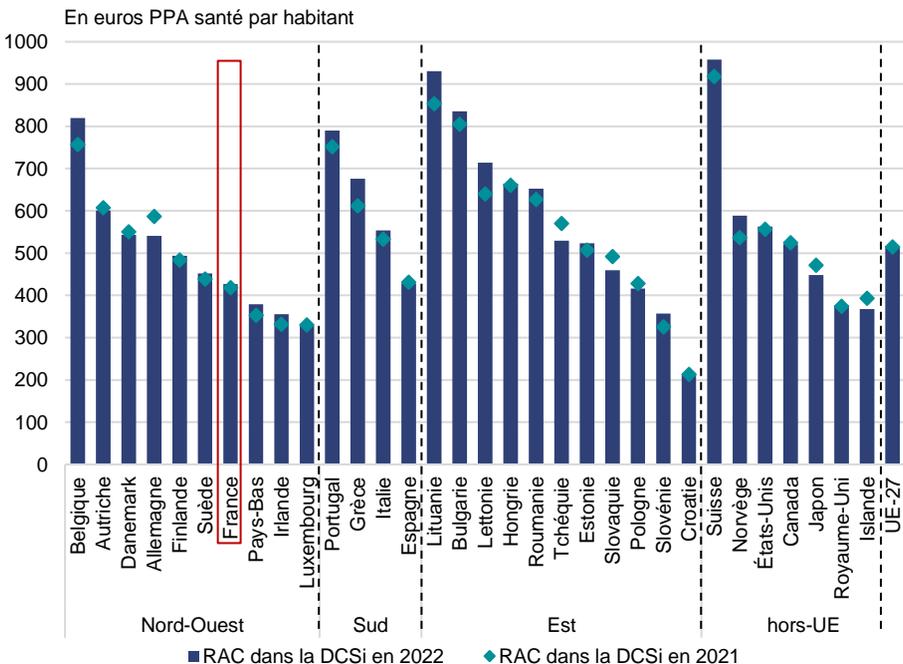
³ La quote-part correspond à 10 % des dépenses de soins de santé plafonnée à 700 CHF (soit environ 735

euros). En pratique, un assuré qui paie qui paie une franchise annuelle de 300 CHF (soit 315 euros environ) paiera donc au maximum 1000 CHF (soit 1050 euros environ) par année civile pour ses soins de santé. Les enfants de moins de 18 ans ne paient pas de quote-part.

Le volume de soins et de biens médicaux financé par le RAC des ménages s'établit en moyenne à 516 euros PPA santé par habitant dans les pays de l'UE-27. De manière générale, il varie fortement entre pays y compris au sein d'un même groupe. Au sein des pays d'Europe de l'Ouest, il est ainsi particulièrement faible en France (426 euros PPA santé par habitant), aux Pays-Bas (379 euros PPA santé), en Irlande (356 euros PPA santé) et au Luxembourg (328 euros PPA santé) ; l'Autriche et la Belgique présentent les volumes de soins et de biens médicaux financés par le RAC en PPA santé les plus élevés de la zone (respectivement 601 et 820 euros par habitant). L'échelle de variation de cette mesure entre les pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est est également importante, allant de 428 euros PPA santé au Portugal et de 213 euros PPA santé par habitant en Croatie à 930 euros PPA santé en Lituanie.

Dans la plupart de ces pays, des dispositifs d'exonération ou de plafonnement du RAC sont mis en place sous condition de ressources, pour les personnes atteintes de certaines pathologies (maladies chroniques par exemple) ou en fonction de la part du RAC dans le revenu annuel brut des ménages (Jusot et Lemoine, 2024). En France, les personnes atteintes de l'une des 32 affections de longue durée (soit environ 18 % de la population) sont ainsi exonérées des frais restants à la charge des patients pour le traitement de ces affections (OMS, 2024). En Suède également, le montant annuel du RAC est plafonné pour l'ensemble des individus pour les consultations chez le médecin, et également à l'hôpital pour les 85 ans ou plus (Tikkanen, *et al.*, 2020). Enfin, aux Pays-Bas, pays qui applique une franchise d'environ 385 euros, les soins liés à la grossesse, les consultations de médecine générale, les dépistages et les soins fournis aux mineurs, sont dispensés de franchise (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2021).

Graphique 2 Reste à charge par habitant en 2021 et 2022, aux prix des soins de santé observés en France



Note > Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour les années 2021 et 2022. Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé et donc de raisonner à volumes de soins comparables. 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 France, en 2022, le RAC des ménages s'élève à 426 euros PPA santé par habitant ; il était de 417 euros PPA santé par habitant en 2021. Si les prix de la santé étaient les mêmes en France et en Bulgarie, le RAC Bulgare serait de 820 euros.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

En France, les soins de longue durée représentent une grande part du reste à charge des ménages

En France, comme dans l'ensemble des pays étudiés, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la DCSi (fiche 24).

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et autres biens médicaux) constituent la première composante du RAC des ménages dans la plupart des pays observés (*graphique 3*). En moyenne, dans les pays de l'UE-27, ils représentent 41 % du RAC ; de 20 % en Suisse à 73 % en Bulgarie (30 % en France). Parmi eux, les produits pharmaceutiques représentent 27 % du RAC en moyenne dans l'UE-27. Ces parts sont plus élevées dans les pays de l'est de l'Europe, où les dépenses des ménages pour les produits pharmaceutiques atteignant respectivement 69 %, 62 % et 61 % du RAC en Bulgarie, en Roumanie et en Pologne. Parmi les pays étudiés, la Suisse (14 %), l'Irlande (16 %), la France (18 %) et la Belgique (19 %) se distinguent par une contribution des produits pharmaceutiques inférieure à 20 % du RAC.

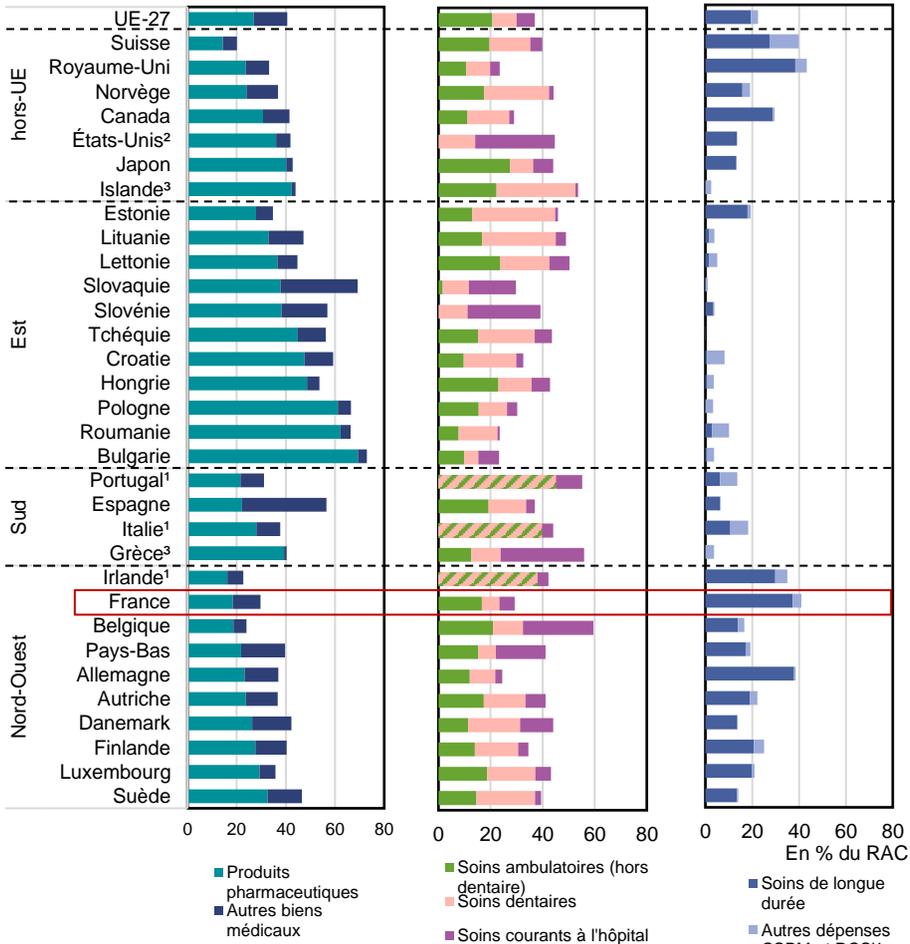
Les soins ambulatoires représentent également une part importante du RAC, variant de 12 % en Slovaquie à 53 % à Islande.

Parmi les soins ambulatoires, les soins dentaires représentent une part significative du RAC, allant de 6 % en Bulgarie à 32 % en Estonie (contre 9 % en moyenne dans les pays de l'UE-27). En France, les

soins dentaires représentent 7 % du RAC des ménages, un des taux les plus bas d'Europe. En 2019, juste avant la réforme du 100 % santé, les soins dentaires représentaient 9 % du RAC des ménages (fiche 30).

Dans la plupart des pays étudiés, à l'exception de la Grèce (32 %), de la Belgique (27 %), de la Slovaquie (18 %) et des Pays-Bas (19 %), l'hôpital représente une faible part du RAC des ménages : 7 % en moyenne dans les pays de l'UE-27 et 6 % en France. La part élevée de RAC consacrée aux dépenses hospitalières en Grèce traduit le haut niveau de dépenses pour les services hospitaliers fournis par le secteur privé dans ce pays (OCDE, 2023).

Enfin, les soins de longue durée (SLD) peuvent s'avérer onéreux pour les ménages, même après intervention des régimes obligatoires et facultatifs d'assurance. De manière générale, c'est dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe que les ménages consacrent la proportion la plus importante de leurs dépenses pour les SLD : 37 % en France, 38 % en Allemagne, 30 % en Irlande ou 21 % en Finlande. Cette part est également élevée au Royaume-Uni, au Canada et en Suisse, où les SLD représentent plus de 25 % du RAC (38 %, 29 % et 27 % respectivement). À l'inverse, dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, le RAC des ménages consacré aux dépenses de SLD reste relativement faible : de moins de 1 % en Tchéquie, en Bulgarie, en Pologne et en Slovaquie à 11 % en Italie et 18 % en Estonie. Ces proportions sont toutefois à mettre en perspective avec le faible niveau de dépense pour les SLD dans ces pays (fiche 32).

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages en 2022

1. Pour l'Italie, l'Irlande et le Portugal, la décomposition du RAC entre soins ambulatoires (hors dentaire) et soins dentaires n'est pas disponible.

2. Pour les États-Unis et la Slovénie, la décomposition du RAC pour les soins courants ambulatoires ou à l'hôpital n'est pas disponible.

3. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles en Grèce et en Islande ; 4. Les autres dépenses CSBM et DCSi correspondent aux services auxiliaires, aux soins courants à domicile, à la prévention institutionnelle, aux dépenses de gouvernance et aux autres dépenses non classées ailleurs.

Lecture > En France, en 2022, le RAC des ménages se structure de la sorte : 30 % pour les biens médicaux dont 18 % pour les produits pharmaceutiques et 11 % pour les autres biens médicaux ; 17 % pour les soins ambulatoires hors dentaire et 7 % pour les soins dentaires ; 6 % pour les soins courants à l'hôpital ; 37 % pour les soins de longue durée ; enfin, 4 % pour les autres dépenses de la CSBM et de la DCSi.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les produits pharmaceutiques et les biens médicaux constituent le principal secteur de la santé financé par le RAC

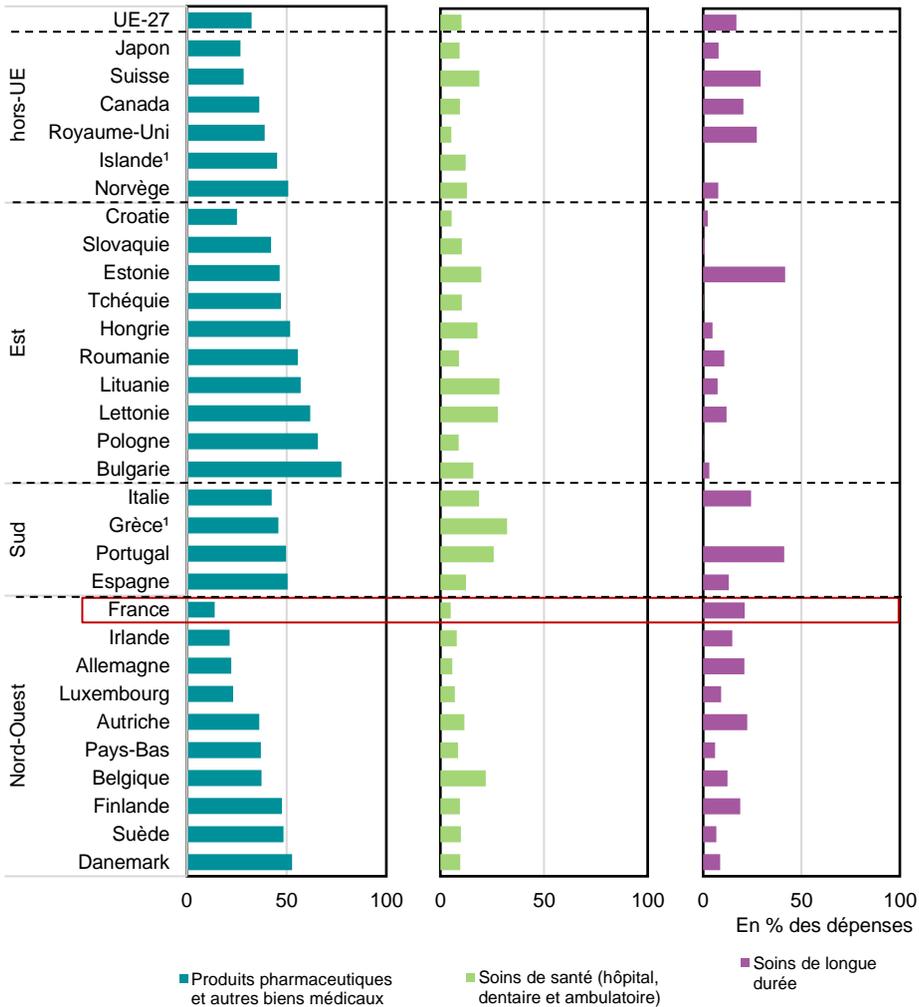
Dans tous les pays étudiés ici, les ménages financent directement une part plus importante des produits pharmaceutiques et des autres biens médicaux que des soins de santé (à l'hôpital, dentaire et en ambulatoire). En moyenne dans les pays de l'UE-

27, les ménages financent 32 % des produits pharmaceutiques et des biens médicaux, contre seulement 10 % des soins de santé (graphique 4). De manière générale, le RAC des pays de l'est de l'Europe est plus élevé que dans le reste des régions européennes pour les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux, ce qui est cohérent avec la section précédente (fiche 31) : il atteint 77 % des dépenses en Bulgarie et 66 % en Pologne.

Le RAC pour les soins de santé est quant à lui plus élevé dans les pays du sud de l'Europe que dans les autres régions (fiches 31, 32 et 33) : il atteint 32 % des dépenses de soins de santé en Grèce et 26 % au Portugal. Pour les produits pharmaceutiques et biens médicaux comme pour les soins, le RAC des pays du nord-ouest de l'Europe est plus bas que pour les autres régions européennes. La France présente l'un des RAC les plus bas pour chacune de ces catégories, bien inférieur à la moyenne de l'UE-27 : 14 % et 5 % respectivement.

Enfin, le RAC des SLD varie considérablement entre et au sein des groupes de pays. Cela peut être dû à des différences culturelles dans l'organisation des SLD. La variabilité des RAC pour les SLD – avec la variabilité des montants totaux de dépenses pour les SLD (fiche 32) – contribue en partie à expliquer la variabilité de la part des SLD dans le RAC (graphique 3). La France a une position intermédiaire en Europe : 21 % des SLD sont financés par le RAC (contre 17 % en moyenne dans l'UE-27).

Graphique 4 Part des dépenses de santé financée par le RAC, par secteur en 2022



1. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles en Grèce et en Islande. Elles sont disponibles en Pologne, en Tchéquie et en Slovaquie mais cette part est particulièrement faible (< 1 %).

Lecture > En France, en moyenne, 14 % des dépenses pour les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux, 5 % des dépenses pour les soins de santé et 21 % pour les soins de longue durée restent à la charge des ménages.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

En France, le taux d'effort des ménages en matière de santé est parmi les plus faibles d'Europe

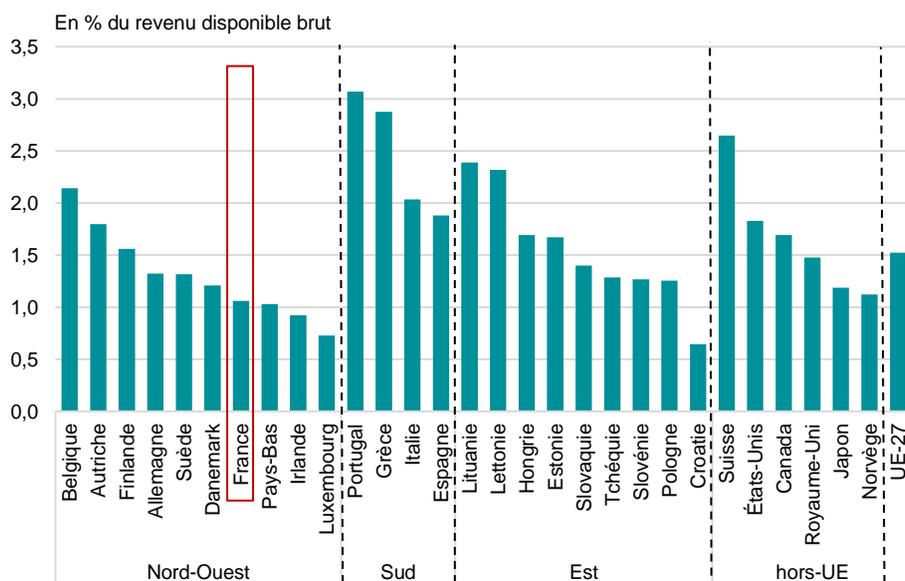
Dans le budget d'un ménage, l'effort pour les dépenses de santé peut être mesuré en rapportant le RAC des ménages à leur revenu disponible brut (RDB). Pour rappel, le RAC des ménages inclut exclusivement les dépenses directes des ménages, après remboursement des régimes publics et privés obligatoires et des organismes complémentaires.

Le taux d'effort des ménages en matière de santé varie de 0,6 % du RDB en Croatie et 0,7 % du RDB au Luxembourg, à 3,1 % du RDB au Portugal (*graphique 5*). Les taux sont globalement plus élevés dans les pays du sud de l'Europe (2,9 % en Grèce) et en Suisse (2,6 %) ; plus généralement, les pays ayant les RAC les plus élevés en euros PPA santé par habitant (*graphique 2*) sont également les pays pour lesquels les taux d'effort des ménages sont le plus importants. En 2022, en France, après impôts et transferts, les Français consacrent 1,1 % de leur RDB aux dépenses de santé, soit un montant inférieur à l'Allemagne (1,3 %), à la Belgique (2,1 %) et

à la moyenne des pays de l'UE-27 (1,5 %), mais supérieur aux Pays-Bas (1,0 %) et à l'Irlande (0,9 %). À noter que, dans la mesure où les dépenses de santé augmentent avec l'âge, le RAC dans le RDB des personnes âgées pourrait être plus élevé que celui de la population générale.

Ces résultats moyens masquent toutefois certaines réalités. Selon un récent rapport, de nombreux ménages dans les pays étudiés font face à des dépenses de santé dites « catastrophiques » représentant plus de 40 % de leur reste à vivre. La fréquence de ces RAC catastrophiques varie considérablement : ils concernent moins de 3 % des ménages en Irlande, en France, au Luxembourg ou en Allemagne, tandis qu'ils touchent plus de 14 % des ménages en Lettonie ou en Lituanie. Les ménages du quintile de revenu le plus bas sont par ailleurs particulièrement vulnérables : ils représentent au moins 40 % des ménages confrontés à des RAC « catastrophiques » dans l'ensemble des pays étudiés, et plus de 70 % en Croatie, en France, en Slovaquie ou en Hongrie (Thomson, *et al.*, 2024). ■

Graphique 5 Taux d'effort des ménages pour les dépenses de santé en 2022



Lecture > En France, en 2022, le RAC des ménages représente 1,1 % du revenu disponible brut.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 pour l'année 2022 est calculée hors Malte, Chypre, Roumanie et Bulgarie.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Commission des comptes de la sécurité sociale** (2021, septembre). *Éclairage international : protection contre les restes à charge élevés en santé (Belgique, Allemagne, Pays-Bas)*.
- > **Confédération suisse** (2024, juin). *Assurance-maladie : franchises à option*. Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- > **Jusot, F., Lemoine, A.** (2024, mai). *Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe*. Insee, Économie et Statistique, 542.
- > **OCDE** (2023, décembre). *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Franc : Éditions OCDE.
- > **OMS** (2024, avril). *Les dépenses de santé à la charge des patients sont peu élevées en France, mais des écarts persistent pour les personnes à faible revenu*. Communiqué de presse.
- > **Tikkanen, R., et al.** (2020). *International Health Care System Profiles*. The Commonwealth Fund.
- > **Thomson, S., et al.** (2024). Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40 countries. *The Lancet Regional Health*.

Comparaisons
internationales par type de
dépense

En 2022, les dépenses hospitalières augmentent fortement dans la quasi-totalité des pays étudiés, du fait de la hausse du prix des soins. Cette hausse est particulièrement élevée en Pologne et en Slovénie. La France consacre 27,6 % de sa dépense courante de santé au sens international (DCSi) aux soins courants à l'hôpital, ce qui est dans la moyenne des pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) [27,9 %]. La recherche de l'efficacité est l'objectif prioritaire de la politique hospitalière dans de nombreux pays : il se traduit par une baisse de la durée moyenne des séjours en soins aigus et une diminution du nombre de lits. La France possède moins de lits en soins aigus que la moyenne des pays de l'UE-27 (2,8 contre 3,8 pour 1 000 habitants) ; la durée d'hospitalisation en soins aigus y est parmi les plus basses d'Europe (5,6 contre 6,3 en moyenne dans les pays de l'UE-27).

Dans cette fiche, les dépenses de santé hospitalières regroupent les soins curatifs et de réadaptation (axe « fonction » dans la nomenclature OCDE) donnant lieu à une hospitalisation (axe « mode de prestation »)¹. Ces dépenses correspondent à l'ensemble des soins en hospitalisation de jour et en hospitalisation avec au moins une nuit, réalisés par les établissements de santé (*encadré 1*).

Le périmètre des dépenses de santé hospitalières présentées ici à des fins de comparaisons internationales diffère donc légèrement de celui de la partie France des comptes de la santé, où les dépenses de santé hospitalières correspondent aux dépenses de soins réalisées par les seuls hôpitaux (généralistes, psychiatriques ou spécialisés), y compris services auxiliaires, hospitalisation à domicile et biens médicaux en sus². Les données correspondant à ce périmètre ne sont en effet pas disponibles pour l'ensemble des pays.

En 2022, les dépenses hospitalières continuent d'augmenter pour la troisième année consécutive

Les dépenses hospitalières en forte hausse pour la troisième année consécutive...

Dans presque tous les pays étudiés, les dépenses hospitalières ont augmenté en 2022, poursuivant la tendance observée depuis le début de la crise sanitaire due au Covid-19 (*graphique 1*). Au sein de l'Union Européenne à 27 (UE-27), l'augmentation est en moyenne de 4,9 %. Cette hausse est particulièrement visible dans les pays de l'est de l'Europe, où elle atteint jusqu'à 22,2 % en Pologne et 16,6 % en Slovénie. Seuls trois pays voient leurs dépenses reculer en 2022 : il s'agit de la Suède (- 2,4 %), de la Lettonie (-0,7 %) et de la Croatie (- 0,5 %).

Les dépenses hospitalières avaient déjà fortement augmenté dans la quasi-totalité des pays en 2020 et en 2021, dans des proportions similaires, et de façon plus marquée en Europe de l'Est.

En France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 5,1 % en 2022 (+6,0 % en 2021 et +6,3 % en 2020), en raison de la hausse du prix des soins. Les mesures de revalorisation du personnel du Ségur de la santé et la revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 ont conduit à une forte hausse de la rémunération des salariés à l'hôpital public entre 2020 et 2022 (Arnaud et Lefebvre, 2023). Ce dynamisme des rémunérations est aussi la raison de la hausse des dépenses hospitalières en Pologne, où le salaire minimum des hôpitaux a augmenté de 28 % en juillet 2022. On peut supposer que des mécanismes similaires sont à l'œuvre dans les autres pays étudiés. Une étude de la Commission européenne fait notamment état de hausses de salaire conséquentes dans les pays de l'est de l'Europe (European Commission, 2023). En Europe du Sud (Espagne, Portugal), l'augmentation importante des dépenses hospitalières s'explique à la fois par celle des consommations intermédiaires des hôpitaux et par celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires) (INE, 2022 ; Del Carmen Rodríguez Blas, 2022).

En Allemagne, après la hausse exceptionnelle de 2020 (+9,5 %) suivie d'une quasi-stagnation en 2021 (+0,7 %), les dépenses augmentent de 4,4 % en 2022 ; elles retrouvent, ce faisant, une évolution proche de celle observée avant la crise (+3,6 % par an en moyenne entre 2010 et 2019).

¹ Les dépenses hospitalières présentés dans cette fiche excluent l'hospitalisation à domicile et les consultations sans hospitalisations, qui sont comptabilisés en ambulatoire (fiche 32)

² Les soins de longue durée, achats de masques pour les hôpitaux et médicaments rétrocedés sont exclus, de même que dans la présente fiche.

... avec une croissance largement supérieure à celles des années 2010

Dans l'Union européenne, la croissance des dépenses de santé entre 2021 et 2022 a été deux fois et demie plus importante qu'avant la crise sanitaire (graphique 1) : entre 2010 et 2019, la croissance des dépenses hospitalières était en moyenne de 2,0 % par an dans les pays de l'UE-27.

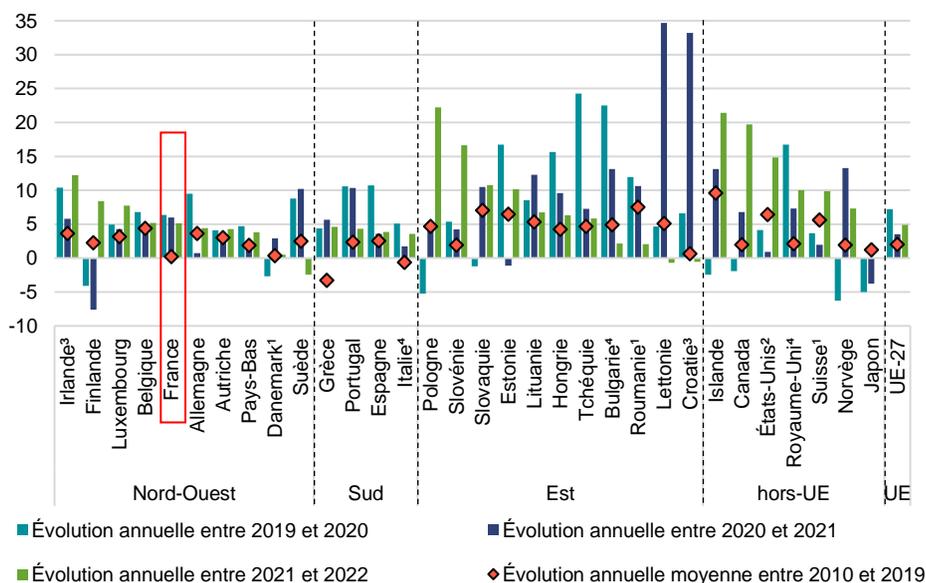
L'accélération est particulièrement marquée en Europe de l'Est, où la croissance des dépenses de santé était déjà supérieure à la moyenne européenne avant Covid-19 : entre 2010 et 2019, les dépenses hospitalières ont augmenté dans tous

les pays d'Europe de l'Est et dépassé les 5 % de croissance annuelle en Roumanie (+7,5 %), en Slovaquie (+7,0 %), en Estonie (+6,4 %), en Lituanie (+5,3 %) et en Lettonie (+5,1 %).

L'accélération post-crise sanitaire de la croissance des dépenses de soins courants à l'hôpital s'observe en Europe de l'Ouest et du Sud, où ces dépenses avaient progressé plus modérément dans les années 2010 (+0,2 % par an en moyenne en France par exemple), voire avaient baissé (-0,6 % en moyenne annuelle en Italie, et même -3,3 % en Grèce du fait de la crise économique).

Graphique 1 Évolution des soins courants à l'hôpital en 2022, en 2021, en 2020 et entre 2010 et 2019

En %



1. En milieu hospitalier uniquement.

2. 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.

3. Évolution 2011-2019.

4. Évolution 2012-2019.

Note > Les évolutions ont été réalisées en euros courants. La moyenne de l'Union européenne a été calculée hors Chypre et Malte.

Lecture > En 2022, en France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 5,1 %, après +6,0 % en 2021. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 0,2 % par an en moyenne.

Sources > OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Dans les pays étudiés, le financement des hôpitaux reflète globalement celui de la DCSi

Dans la très grande majorité des pays étudiés, plus de 80 % des dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées par le système de santé obligatoire (graphique 2) : l'État (ou d'autres autorités locales) et les assurances publiques ou privées obligatoires, selon le type de système en place (fiche 26). Ainsi,

en France, c'est l'assurance maladie obligatoire qui finance la majeure partie des soins hospitaliers (92 % d'entre eux), tandis que l'État prend en charge la quasi-totalité de ces dépenses en Suède (99 %) et en Italie (96 %). À l'inverse, comme pour la dépense courante de santé au sens international (DCSi) dans son ensemble, l'assurance privée obligatoire finance la plus grande partie des frais hospitaliers aux Pays-Bas (86 %) et une part importante aux États-Unis (36 %) et en Suisse (34 %).

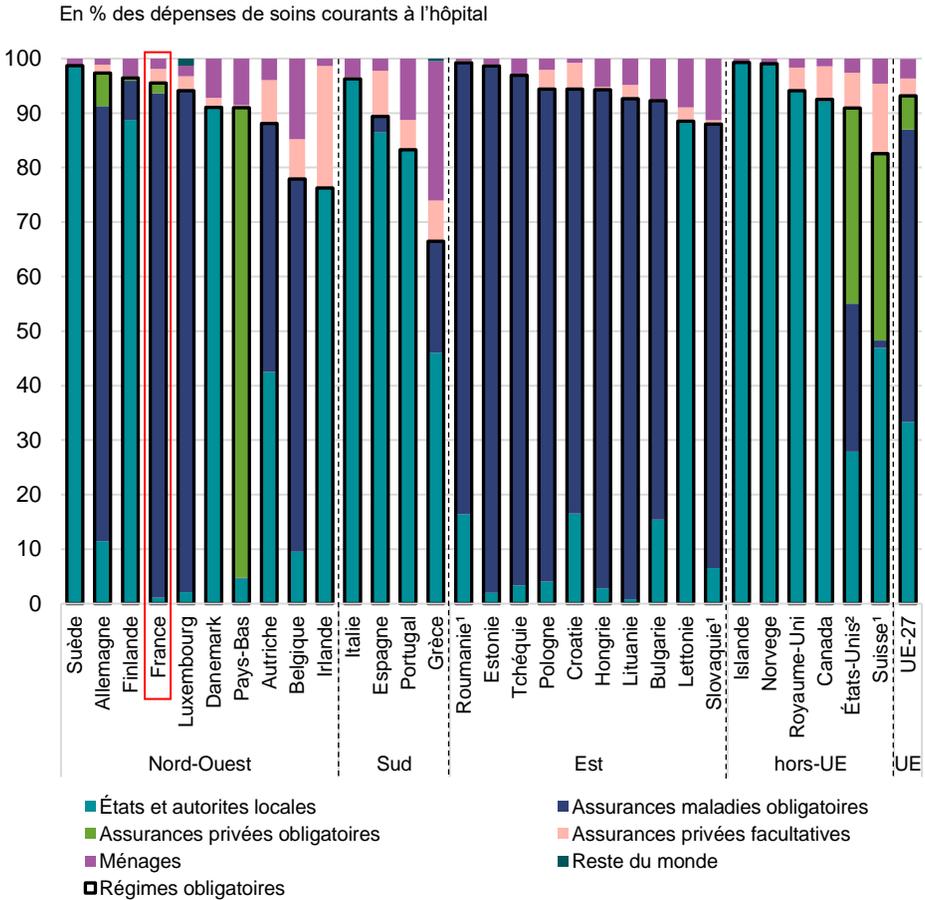
L'assurance privée facultative participe au financement de ces soins pour plus de 10 % dans seulement deux pays de l'OCDE : en Irlande (22 %) et en Suisse (13 %).

au Portugal (11 %) et en Slovaquie (11 %). Le RAC des ménages est en revanche très faible en France (1,9 %), en Allemagne (1,1 %) et au Royaume-Uni (1,6 %) en 2022.

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 des pays étudiés, et systématiquement inférieur au RAC moyen (pour l'ensemble des soins) de chaque pays. Il reste néanmoins élevé en Grèce (26 %), en Belgique (15 %),

À noter que deux des pays étudiés voient leurs soins courants à l'hôpital financés pour une part non totalement négligeable par les non-résidents : le Luxembourg (1,3 %) et la Grèce (0,5 %).

Graphique 2 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2022 par habitant



1. En milieu hospitalier uniquement.

2. 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.

Lecture > En France, en 2022, les dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées à 92 % par l'assurance maladie obligatoire, à 1 % par l'État, à 3 % par les assurances privées facultatives et à 2 % par les assurances privées obligatoires.

Sources > OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les pays étudiés consacrent des parts assez variables de leur DCSi aux soins courants à l'hôpital, mais les volumes de soins sont plus homogènes, à quelques exceptions près

Les dépenses de soins courants à l'hôpital représentent une part variable de la DCSi dans les pays étudiés

Les pays de l'UE-27 consacrent en moyenne 27,9 % de leur dépense de santé au sens international (DCSi) aux dépenses de soins courants à l'hôpital en 2022. En France, ces dépenses sont dans la moyenne européenne : elles représentent 27,6 % de la DCSi. Dans les pays étudiés, la part de la DCSi consacrée aux soins courants à l'hôpital varie fortement : de 19,3 % au Canada à 42,1 % en Grèce ou 43,4 % en Roumanie. La même hétérogénéité se retrouve parmi les pays du nord-ouest de l'Europe : dans cette région, la Belgique y alloue 36,6 % de sa DCSi contre seulement 20 % en Finlande.

Des dépenses hospitalières exprimées en PPA services hospitaliers plus élevées dans l'est de l'Europe

Afin de tenir compte des différences de prix des produits et services hospitaliers et d'apprécier les différences de volume de soins consommés à l'hôpital par les pays, les dépenses de soins hospitaliers ont été

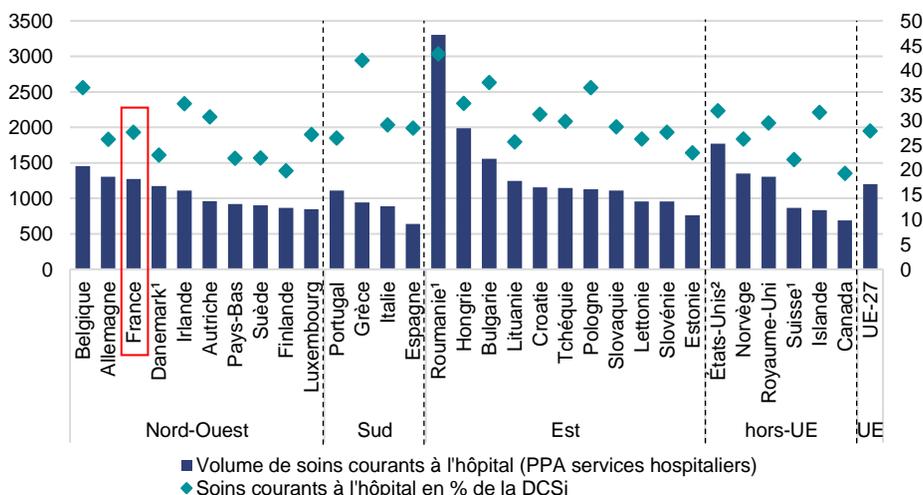
exprimées en parité de pouvoir d'achat, restreintes au domaine hospitalier (PPA services hospitaliers) (glossaire)¹ et rapportées au nombre d'habitants.

Cette analyse met en lumière une plus grande homogénéité des dépenses dans les différentes régions d'Europe. En moyenne, 1 200 euros PPA par habitant sont alloués aux soins hospitaliers au sein de l'UE-27 chaque année. Parmi les pays du nord-ouest de l'Europe, la France se situe légèrement au-dessus de cette moyenne (à 1 300 euros PPA), proche des niveaux de l'Allemagne (1 300 euros PPA) et du Danemark (1 200 euros PPA), et au-dessus des dépenses par habitant de la Suède, de la Finlande et du Luxembourg (entre 850 et 900 euros PPA). Dans la majorité des pays de l'Est, les volumes de soins par habitant se situent à un niveau proche de celui des autres régions : de 800 euros PPA en Estonie à 1 200 euros PPA en Lituanie. Trois pays se démarquent toutefois avec un volume de soins particulièrement élevé : la Roumanie (3 300 euros PPA), la Hongrie (2 000 euros PPA) et la Bulgarie (1 600 euros PPA).

Second pays en part des dépenses hospitalières dans la DCSi, la Grèce a un volume de soins parmi les plus faibles de l'UE-27 avec 950 euros PPA par an et par habitant, proche des autres pays du sud de l'Europe.

Graphique 3 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2022

En PPA services hospitaliers par habitant (gauche) et en % de la DCSi (droite)



1. En milieu hospitalier uniquement.

2. 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.

Lecture > Aux États-Unis, en 2022, chaque habitant consomme 1 800 euros en PPA services hospitaliers (glossaire) pour des soins courants à l'hôpital. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des parités de pouvoir d'achat de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

Sources > OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

¹ Cette mesure permet d'identifier un panier de biens et de services hospitaliers standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant, afin

de mesurer et de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers.

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 structures 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) en 2022.

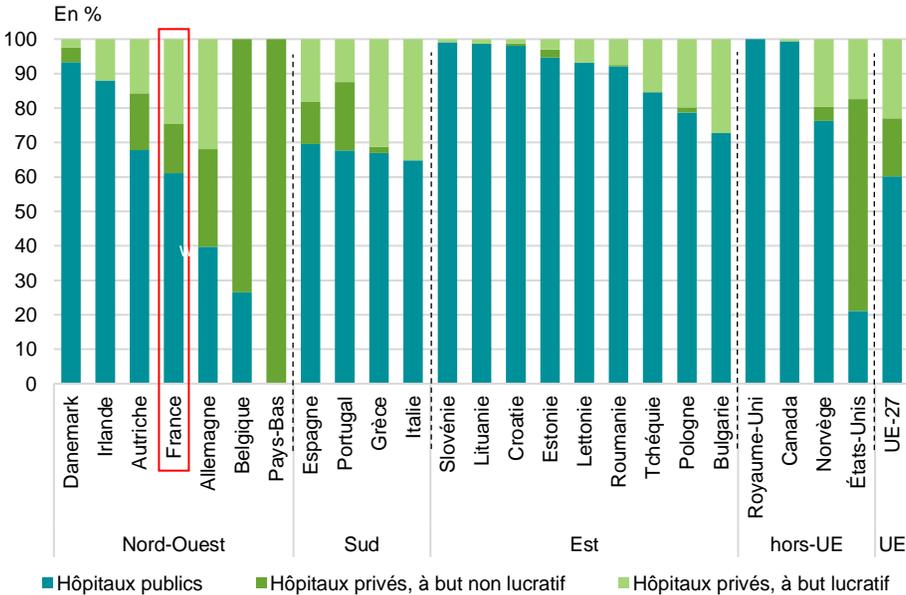
La répartition des lits entre le public et le privé diffère toutefois selon le pays. En France, l'offre hospitalière est pourvue à 61 % par les hôpitaux publics en 2022, proche de la moyenne de l'UE-27 (60 %). Au Danemark et dans la quasi-totalité des pays de l'est de l'Europe, les hôpitaux publics proposent plus de 90 % des lits disponibles. Hors Europe, certains pays fondent presque exclusivement leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics : c'est le cas du Royaume-Uni (100 %) et du Canada (99 %). À l'inverse, 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. Les autres pays s'appuient à la fois sur le secteur public et le secteur privé.

Par ailleurs, la part des lits pourvus par des institutions privées lucratives est inférieure à 20 %, à l'exception de l'Italie (35 %), de l'Allemagne (32 %), de la Grèce (31 %), de la Bulgarie (27 %) et de la France (24 %), témoignant ainsi de grandes disparités au sein de l'Europe en matière de gestion de l'offre de lits.

La part de l'hôpital privé à but lucratif a augmenté dans de nombreux pays d'Europe au cours des dernières décennies (Jeurissen, *et al.*, 2020). C'est notamment le cas aux Pays-Bas et en Allemagne, mais aussi aux États-Unis, au Royaume-Uni (Jeurissen, *et al.*, 2021). 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 (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits selon la structure hospitalière en 2022



Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, en 2022, 61 % des lits d'hôpital sont dans des établissements publics, 14 % sont dans des établissements privés à but non lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif.

Sources > OCDE et 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 selon les pays

En 2022, le nombre de lits de soins aigus (*encadré 1*) pour 1 000 habitants s'établit à 3,8 en moyenne dans les pays de l'UE-27 ; en France, ce ratio est un peu inférieur : 2,8 lits pour 1 000 habitants (*graphique 5*). Le Japon est le plus pourvu avec 7,7 lits pour 1 000 habitants, juste devant la Bulgarie (6,8 lits) et l'Allemagne (5,7 lits pour 1 000 habitants en 2022). De manière générale, les pays de l'est de l'Europe disposent d'un nombre de lits de soins aigus par habitant plus élevé que le reste de l'UE-27 : à l'exception de l'Estonie, tous offrent un ratio de plus de trois lits pour 1 000 habitants. À l'inverse, les pays du nord-ouest de l'Europe ont moins de lits pour 1 000 habitants : respectivement 1,3, 1,9, 2,2 et 2,3 en Suède, au Danemark, en Finlande 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 suffisant pour évaluer l'efficacité des soins. En effet, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont contribué au raccourcissement des séjours et au développement de la chirurgie ambulatoire (virage ambulatoire), ce qui a permis de réduire le nombre de lits et de diminuer certaines dépenses hospitalières (indemnités journalières, transports sanitaires) sans dégrader la qualité des soins (Bizard, 2019). Certains 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). Dans certains pays d'Europe de l'Est (notamment la Lituanie et la Hongrie, qui comptent respectivement 4,7 et 4,2 lits pour 1 000 habitants), cette part varie entre 60 % et 70 % pour la chirurgie de la cataracte et avoisine 0 % pour la chirurgie des amygdales. En Allemagne, seulement 87 % des opérations de la cataracte et 16 % des amygdalotomies sont réalisées en hospitalisation partielle en 2021 (Irdes, 2024).

Tous types d'intervention confondus, l'Allemagne possède 0,4 place d'hospitalisation partielle pour 1 000 habitants en 2021, contre 1,2 place en France. À l'inverse, le nombre de lits pour 1 000 habitants est deux fois supérieur en Allemagne qu'en France : l'Allemagne n'a pas opéré jusqu'à présent

un virage ambulatoire à la hauteur de celui réalisé en France.

Un virage ambulatoire plus ou moins prononcé selon les États

En 2022, on compte en moyenne 142 hospitalisations pour 1 000 habitants au sein de l'UE-27. La tendance est à la baisse dans le nombre d'hospitalisation depuis 2009 : on est ainsi passé de 169 à 163 hospitalisations pour 1 000 habitants entre 2009 et 2019. La baisse s'est accentuée ces dernières années, dans un contexte marqué par la crise du Covid-19.

Le nombre d'hospitalisations est très hétérogène dans les pays étudiés : en Europe du Nord-Ouest, il varie de 213 pour 1 000 habitants en Allemagne à 116 au Luxembourg. En France, le nombre d'hospitalisation pour 1 000 habitants est de 155 en 2022 après 174 en 2019 et 186 en 2009, témoignant du virage ambulatoire qui s'est opéré dans la dernière décennie.

Ce sont les pays de l'est de l'Europe qui présentent l'évolution la plus spectaculaire : à l'exception notable de la Bulgarie et dans une moindre mesure de la Pologne, tous les pays de la région ont vu leur nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants diminuer de plus 10 % entre 2009 et 2022 : la baisse atteint jusqu'à 38 % en Roumanie et 28 % en Lituanie.

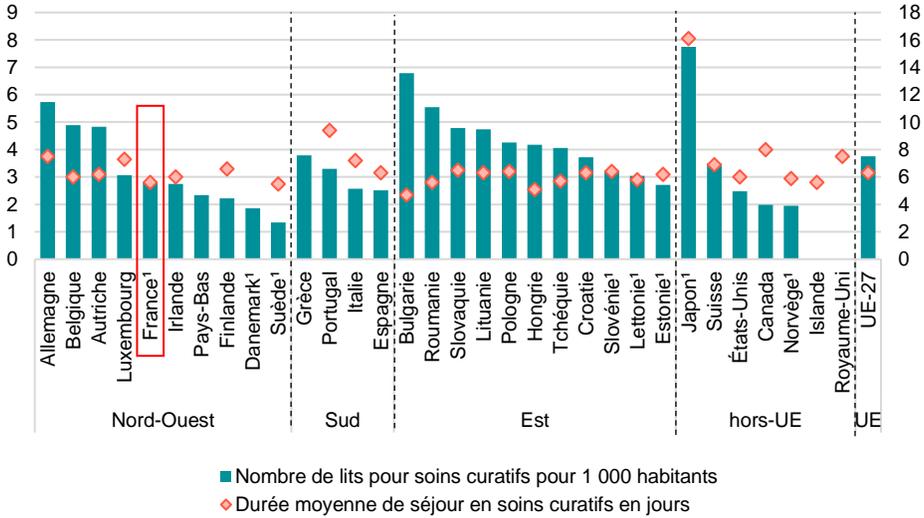
Des durées moyennes d'hospitalisation assez homogènes, malgré quelques exceptions

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 2022, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus en France est de 5,6 jours (*graphique 5*). Cette durée est proche de celle de la Suède (5,5 jours), mais elle est inférieure à la moyenne des pays de l'UE-27 (6,3 jours). La durée d'hospitalisation en Allemagne est supérieure à celle observée en France (7,5 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 (16,1 jours) s'explique par une prise en charge forte de la dépendance sévère (vieillesse, invalidité) et une hausse du rôle des hôpitaux dans les soins de longue durée (fiche 32). ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2022

Nombre de lits pour 1 000 habitants (axe de gauche) et durée moyenne de séjour en jours (axe de droite)

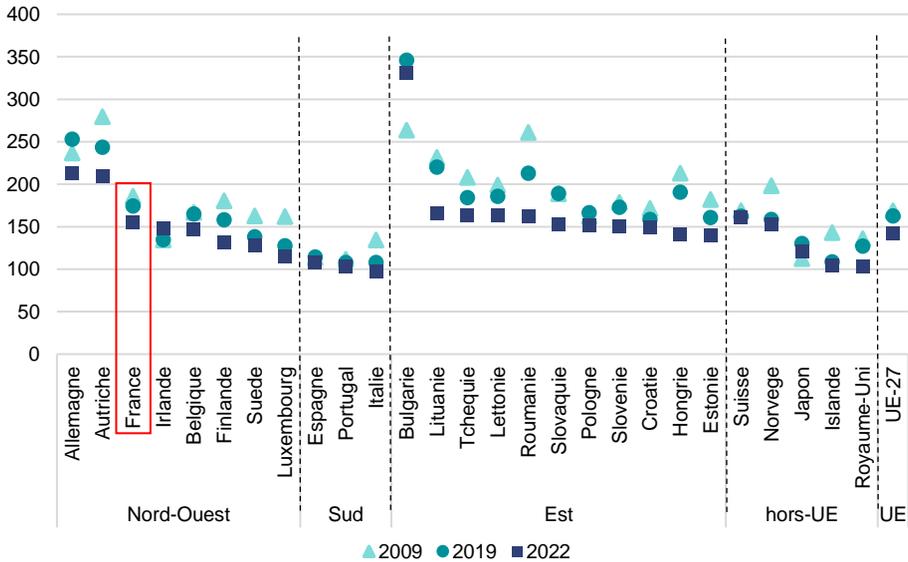


1. Pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

Lecture > En 2022, l'Allemagne possède en moyenne 5,7 lits pour 1 000 habitants et la durée moyenne de séjour en soins aigus est de 7,5 jours.

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé : Ressources en santé (Healthcare resources, OCDE).

Graphique 6 Nombre d'hospitalisation pour 1 000 habitants en 2022, en 2019 et en 2009



Note > La moyenne de l'Union européenne a été calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels des données sont disponibles.

Lecture > En 2022, en France, le nombre d'hospitalisation pour 1 000 habitants est de 155. Il était de 174 en 2019 et de 186 en 2009.

Sources > OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré 1 Définitions

- > Les **soins courants à l'hôpital** correspondent aux soins hospitaliers et aux hospitalisations de jour.
- > Les **soins hospitaliers** sont définis par l'OCDE comme 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** concernent les venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, pour des séjours dont la durée ne dépasse pas une journée (hors séances de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie).
- > 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, mais aussi immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont inclus 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

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Bizard, F.** (2019). Étude de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. *Le Praticien en anesthésie réanimation*, 23(4), pp. 207-219.
- > **Del Carmen Rodríguez Blas, M.** (2022, mars). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020 : Principales resultados*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad.
- > **European Commission**, (2023). *Labour market and wage developments in Europe 2023*, Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/1277>
- > **Jeurissen, P., et al.** (2021). For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. *International Journal of Health Services*, 51(1), pp. 67-89. doi:10.1177/0020731420966976
- > **Jeurissen, P., Maarse, H.** (2020). Hospital Care: Private Assets for-a-Profit? In: Durán, A., Wright, S. (eds) *Understanding Hospitals in Changing Health Systems*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28172-4_5
- > **Kahmann, M.** (2015). Les dépenses publiques en faveur de l'éducation et de la santé en Allemagne : un paradoxe dans un contexte de restrictions budgétaires ? Dans *Revue française des affaires sociales*, 4, pp. 31-59.
- > **INE** (2022, juillet). Despesa corrente em saúde aumentou 12,2 % em 2021, atingindo 11,2 do PIB. *Destaque*, Instituto Nacional de Estatística (INE).
- > **Minery, S., Or, Z.**, (2024, mars). *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*. Irdes, rapport, 590.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : Édition de l'OCDE.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2019). *Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris, France : Édition OCDE; Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies Edition.

En 2021 et en 2022, après un recul observé dans plusieurs pays en 2020 en lien avec la crise due au Covid-19, les dépenses de soins ambulatoires repartent à la hausse. Exprimées en euros en parité de pouvoir d'achat en santé (PPA santé) par habitant, ces dépenses sont plus élevées dans les pays du nord-ouest de l'Europe. En 2022, la France consacre 923 euros PPA santé par habitant aux soins ambulatoires : ce montant est comparable aux autres pays du nord-ouest et supérieur à la moyenne des pays de l'Union européenne à 27 (UE-27, 689 euros PPA santé par habitant). Le rôle des hôpitaux dans la fourniture des soins ambulatoires varie considérablement selon les pays : la répartition est plutôt équilibrée entre cabinets de ville et hôpitaux dans les pays du sud et du nord de l'Europe, tandis que les soins ambulatoires à l'hôpital sont minoritaires dans d'autres pays comme la France et dans les pays d'Europe de l'Est, voire pratiquement inexistantes en Allemagne, en Belgique ou en Roumanie. La structure de financement des soins ambulatoires reflète le plus souvent celle de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Dans la présente fiche, les soins ambulatoires¹ incluent l'ensemble des soins curatifs et de réadaptations réalisés en ville (en cabinet de ville ou à domicile), y compris l'hospitalisation à domicile et les consultations à l'hôpital ne nécessitant pas d'hospitalisation. Ce périmètre est donc plus large que les « soins ambulatoires » tels qu'ils sont présentés dans la partie France des comptes de la santé, qui correspondent aux seuls soins réalisés par les cabinets de ville². En effet, les données correspondant à ce périmètre ne sont pas disponibles pour tous les pays, empêchant la comparaison internationale.

Les soins en cabinet de ville présentés ici rassemblent les soins des infirmières libérales, des sages-femmes libérales et des médecins libéraux (généralistes ou spécialistes) et excluent les soins prodigués par les dentistes, qui sont traités dans une autre fiche (fiche 30). Les pays qui ne rapportent pas les dépenses en soins dentaires (Portugal, Italie, Irlande) ont été exclus de l'analyse afin de ne pas affecter la comparabilité des données.

En 2022, les dépenses de soins ambulatoires continuent de croître dans la plupart des pays étudiés

Un ralentissement des dépenses de soins ambulatoires au plus haut de la crise sanitaire, malgré de fortes différences entre pays

En 2020, dans la plupart des pays étudiés, les dépenses de soins ambulatoires croissent à un rythme moins élevé qu'à ce qui était observé sur la période 2010-2019, voire diminuent. Ce ralentissement général s'explique par la crise sanitaire due au Covid-19 : les mesures prises pour lutter contre la pandémie ont

fortement limité les déplacements chez les praticiens, en particulier chez les médecins spécialistes (Arnaud, Lefebvre, 2023). La croissance des dépenses de soins ambulatoires est ainsi passée de +4,2 % par an en moyenne pendant la période pré-crise (2010-2019) à +2,6 % en moyenne dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) en 2020 ; en France, les dépenses ont même diminué en 2020 : -1,6 % contre +5,2 % par an en moyenne sur la période 2010-2019 (graphique 1). À titre d'exemple, en 2020, le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni a demandé aux médecins généralistes de cesser les bilans de santé des personnes âgées de plus de 75 ans et les consultations de suivi afin de se concentrer sur la gestion de la pandémie (Dibao-Dina, *et al.*, 2021).

Ce phénomène ne s'observe toutefois pas partout, reflétant des différences dans la gestion de la pandémie via les services hospitaliers et les cabinets de ville selon les pays : la croissance des soins ambulatoires est ainsi supérieure en 2020 à ce qui était observé avant la crise en Espagne (+3,2 %, contre +2,4 % par an entre 2010 et 2019), en Hongrie (+4,2 % contre +1,6 %) ou en Pologne (+11,1 % contre +7,8 %).

En 2021 et en 2022, avec la fin des restrictions sanitaires, les dépenses de soins ambulatoires repartent à la hausse

En 2021 et dans une moindre mesure en 2022, années marquées par un fort rebond de l'activité du fait de la levée des mesures de restriction sanitaire, on observe une reprise à la hausse des dépenses de soins ambulatoires. Cette hausse est particulièrement visible dans les pays de l'est de l'Europe (+27,7 % et +17,2 % en 2021 et en 2022 respectivement en Litua-

¹ Ces dépenses ont été calculées uniquement à partir de la ventilation par fonction des dépenses de santé. Concrètement, les fonctions spécifiques de dépenses « soins courants ambulatoires » et « soins courants à

domicile » ont été isolées parmi les dépenses de soins courants, à l'exclusion des soins dentaires (encadré 1).

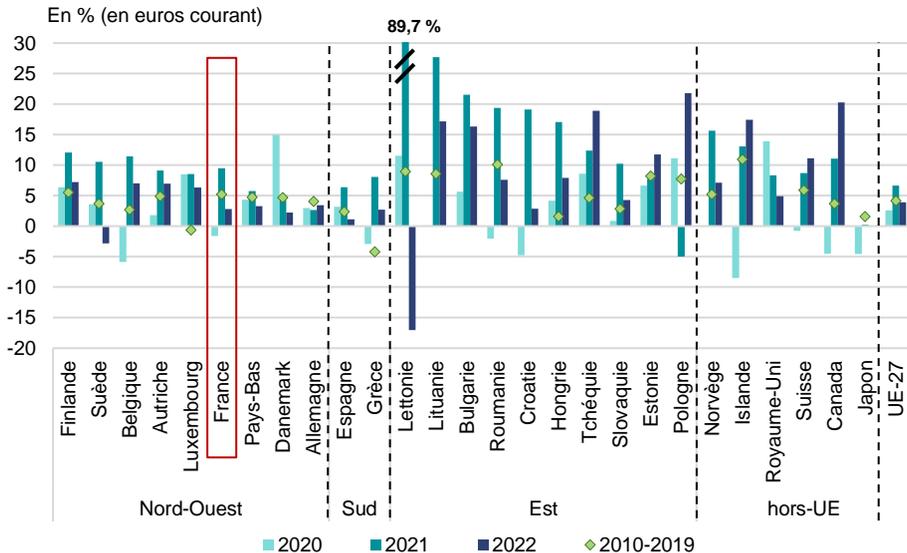
² Autrement dit, les données pour la France excluent les hospitalisations à domicile (HAD) et les consultations externes en hôpital public ou privé.

nie ; +21,5 % et +16,3 % en 2021 et en 2022 en Bulgarie ; +19,4 % et +7,6 % en 2021 et en 2022 en Roumanie), ainsi que dans certains pays du nord-ouest de l'Europe (+12,0 % et +7,2 % en 2021 et en 2022 respectivement en Finlande ; +8,5 % et +6,3 % en 2021 et en 2022 en Suède ; +11,4 % et +7,0 % en 2021 et en 2022 en Belgique après une forte baisse en 2020). En France, l'augmentation s'établit à +2,8 % en 2022 après une hausse importante des dépenses de soins ambulatoires de 9,5 % en 2021 et une baisse de 1,6 % en 2020, malgré les compléments de rémunération versés cette année-là pour perte d'activité (DIPA), légèrement au-dessus de la moyenne de l'UE-27 (+6,6 % en 2021 et +3,9 % en 2022).

Certains pays présentent une baisse de leurs dépenses de soins ambulatoires en 2022, après une

hausse plus forte de celles-ci en 2021 (souvent bien au-delà de l'augmentation observée sur la période de référence, 2010-2019) ou, inversement, une baisse en 2021 puis une hausse plus forte en 2022, mais il en résulte toujours une hausse sur l'ensemble de la période 2021-2022 (ou 2020-2022 pour la Norvège). À titre d'exemple, la Suède enregistre une baisse de 2,9 % de ses dépenses en 2022 après une hausse de 10,5 % en 2021 ; la Pologne, quant à elle, observe une hausse de 21,8 % de ses dépenses en 2022 après une baisse importante de 5 % en 2021. Enfin, en Lettonie, la hausse exceptionnelle des dépenses de santé pour les soins ambulatoires observée en 2021 (+89,7 %) est partiellement contrebalancée par la baisse de ces dépenses en 2022, la plus importante des pays étudiés en 2022 (-17,0 %).

Graphique 1 Évolution des soins ambulatoires hors dentaire, en 2022, 2021, 2020 et entre 2010 et 2019



Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée hors Portugal, Italie et Irlande, pays qui ne distinguent pas les soins dentaires des autres catégories de soins ambulatoires. Elle est également calculée hors Malte, Croatie et Bulgarie, ces pays ne fournissant pas de données pour l'année 2010. Chypre ne fournit également pas de données pour les années 2020, 2021 et 2022. Enfin, la Slovaquie a été exclue puisqu'elle ne fournit pas de données détaillées selon que les soins curatifs et de réadaptation sont effectués à l'hôpital ou en ambulatoire.

Lecture > En 2022, en France, les dépenses de soins ambulatoires ont augmenté de 2,8 %, après une hausse de 9,5 % en 2021 et une baisse de 1,6 % en 2020. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 5,2 % par an en moyenne.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

La France dans la moyenne européenne des dépenses de soins ambulatoires par habitant

Des dépenses de soins ambulatoires par habitant plus élevées dans les pays du nord-ouest de l'Europe

Pour tenir compte des différences nationales en matière de prix, les parités de pouvoir d'achat en matière de santé (PPA santé) sont utilisées : dans tout

pays, un euro en PPA santé correspondant à un euro en France. En 2022, la France a consacré 923 euros PPA santé par habitant pour les soins ambulatoires ; c'est moins que le Danemark (1 318 euros PPA santé) et la Finlande (1 046 euros PPA santé), mais plus que la moyenne des pays de l'UE-27 (689 euros PPA santé) [graphique 2]. De manière générale, les dépenses de soins ambulatoires sont plus élevées dans les pays du nord-ouest

de l'Europe que dans les pays du sud et de l'est de l'Europe. Les écarts sont toutefois très élevés au sein même de ces groupes de pays : de 235 euros PPA santé en Bulgarie et 253 euros PPA santé en Grèce à 887 euros PPA santé en Tchéquie et 586 euros PPA santé en Espagne.

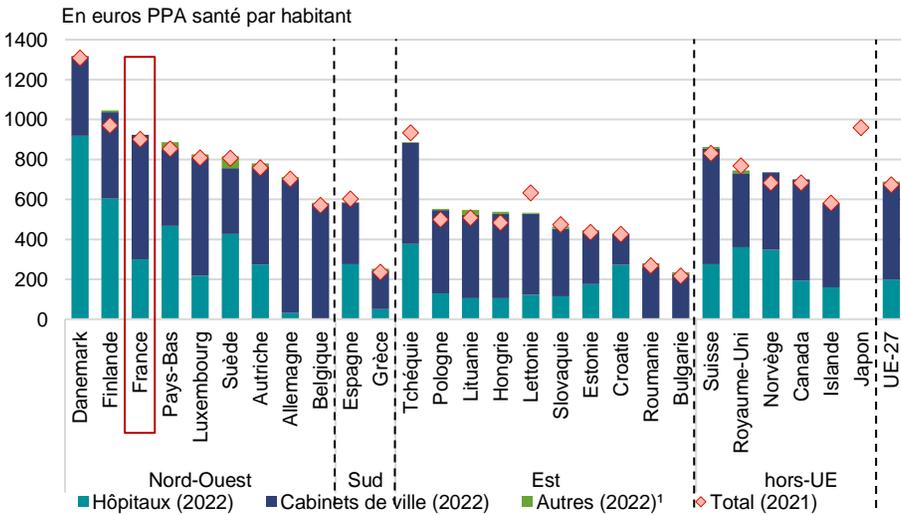
Le rôle de l'hôpital dans les soins ambulatoires varie largement selon le pays étudié

En Europe, les soins ambulatoires se divisent en deux catégories distinctes : la médecine de ville (soins effectués en cabinet ou structures assimilés ou à domicile) et les soins ambulatoires à l'hôpital (prise en charge à l'hôpital ne donnant pas lieu à une hospitalisation, même partielle).

Dans la plupart des pays du nord et du sud de l'Europe ainsi qu'au Royaume-Uni, les hôpitaux sont des prestataires majeurs de soins ambulatoires (OCDE, 2023). Les soins ambulatoires sont ainsi dispensés de manière relativement égale entre les cabinets de ville et les hôpitaux publics en Suède (respectivement 329 et 427 euros PPA santé), en Finlande (432 et 606 euros PPA santé), en Espagne (309 et 276 euros PPA santé) ou au Royaume-Uni (370 et 361 euros PPA santé) [graphique 2].

Dans d'autres pays – dans l'UE ou pas – comme la France, la Suisse, la Tchéquie et la plupart des pays d'Europe de l'Est, les hôpitaux représentent une part substantielle des soins ambulatoires, mais plus faible que les soins de ville : 623 euros PPA santé pour les soins de ville contre 300 euros PPA santé à l'hôpital en France ; 578 contre 275 euros PPA santé en Suisse ; 507 contre 377 euros PPA santé en Tchéquie. Dans certains pays, notamment en Allemagne, en Belgique en Roumanie et en Bulgarie, les soins ambulatoires sont même presque exclusivement dispensés hors des hôpitaux : 578 euros PPA santé pour les soins de ville contre 2 euros PPA santé à l'hôpital en Belgique ; 260 contre 3 euros PPA santé en Roumanie. En Allemagne, les soins en cabinet de ville représentent 95 % des soins ambulatoires (670 contre 32 euros PPA santé) : depuis quelques années, les médecins hospitaliers peuvent, sous certaines conditions, être habilités à assurer des consultations externes (FEDER, 2019), ce qui a contribué à développer un peu l'ambulatoire à l'hôpital, auparavant quasi inexistant (Minery et Or, 2024). À noter que les soins ambulatoires peuvent également être dispensés dans des polycliniques publiques (Pologne) ou dans des cabinets privés (Tchéquie) (OCDE, 2023).

Graphique 2 Dépenses de soins ambulatoires hors dentaire en 2021 et en 2022, réparties entre hôpitaux et cabinets de ville



1. La catégorie « Autres » comprend les établissements résidentiels de soins de longue durée, les prestataires de services auxiliaires, de soins préventifs et de services administratifs, les détaillants et autres prestataires de biens médicaux ainsi que les autres prestataires inconnus.

Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée hors Portugal, Italie et Irlande, pays qui ne distinguent pas les soins dentaires des autres catégories de soins ambulatoires. Elle est également calculée hors Malte et Chypre, ces pays ne fournissant pas de données pour l'année 2021. Enfin, la Slovaquie a été exclue puisqu'elle ne fournit pas de données détaillées selon que les soins curatifs et de réadaptation sont effectués à l'hôpital ou en ambulatoire. Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et de services de santé standards pour les années 2021 et 2022. Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Lecture > En France, en 2022, chaque habitant consomme 923 euros PPA santé de soins ambulatoires. Parmi eux, 623 euros PPA santé sont consommés en cabinets de ville et 300 euros PPA santé à l'hôpital.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

La structure de financement des soins ambulatoires suit la structure de financement de la DCSi

La structure de financement des soins ambulatoires ressemble fortement à celle du total de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), hormis pour la contribution des ménages dont la part peut différer plus ou moins selon les pays (fiche 27). Ainsi, dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, une grande partie des dépenses est couverte par l'assurance maladie (de 94 % des dépenses de soins ambulatoires en Slovaquie à 60 % en Hongrie et en Bulgarie) [graphique 3]. La Grèce fait figure d'exception avec un financement beaucoup plus important de l'État dans l'ambulatoire (48 %) que dans la DCSi en général (30 %) et, symétriquement, une part beaucoup plus faible de l'assurance publique obligatoire (15 % contre 32 % dans la DCSi (fiche 26). En France, l'Assurance maladie finance 81 % des dépenses de soins ambulatoires, contre 74 % pour la DCSi (fiche 26).

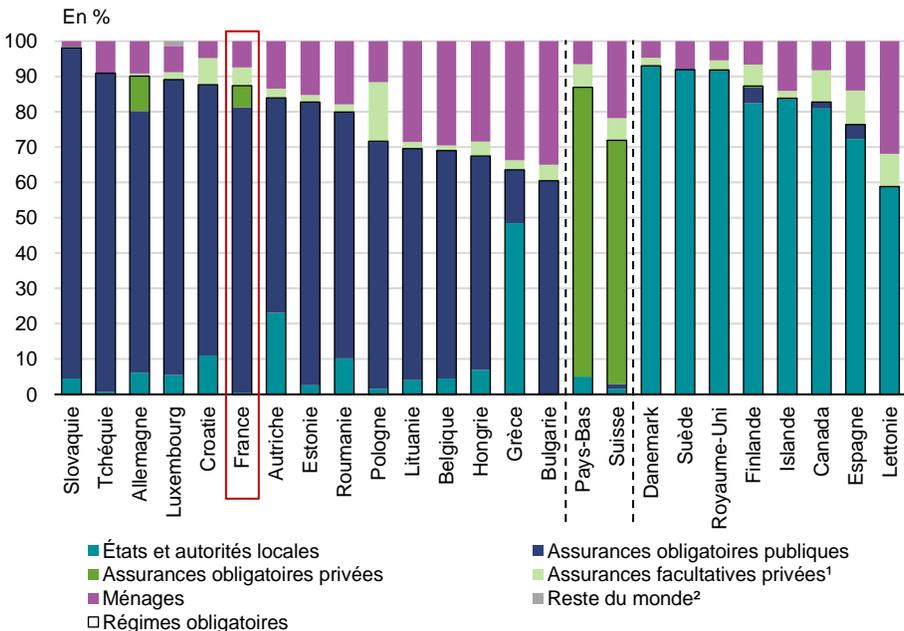
Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, ce sont les assureurs privés obligatoires qui prennent en charge la majorité des coûts : 82 % aux Pays-Bas et 69 % en Suisse) ; soit beaucoup plus que pour la DCSi dans son ensemble (respectivement 50 % et 36 % financés par le privé obligatoire).

Enfin, dans les systèmes nationaux de santé, l'État est le principal financeur de l'ambulatoire : il couvre de 59 % des dépenses de soins ambulatoires en Lettonie à 93 % au Danemark.

Quel que soit le modèle de financement des soins de santé mis en place, la part des ménages dans le financement de ces soins est comparable à celle de la DCSi. Le plus souvent, elle est légèrement inférieure, car les dépenses des ménages dans la DCSi sont tirées à la hausse par les soins de longue durée et les dépenses pharmaceutiques. ■

Graphique 3 Financement des soins ambulatoires, hors dentaire, en 2022

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à gauche), systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (au centre) et services nationaux de santé (à droite)



1. Et autres dispositifs facultatifs.

2. 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.

Lecture > En France, en 2022, les dépenses de soins ambulatoires sont financées à 81 % par les assurances publiques obligatoires, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 5 % par les assurances privées facultatives et à 7 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Encadré 1 Définitions

- > Les **soins ambulatoires** au sens de cette fiche, correspondent aux soins curatifs et de réadaptation en cabinet de ville (HC1.3HC2.3) et à domicile (HC1.4HC2.4) [OCDE, 2011].
- > Les **soins curatifs** comprennent les soins de santé dont l'objectif principal est de soulager les symptômes, de réduire la gravité, ou de protéger contre l'exacerbation et/ou la complication d'une maladie et/ou d'une blessure qui pourrait menacer la vie ou les fonctions normales.
- > Les **soins de réadaptation** comprennent les soins de santé dont l'objectif principal est de permettre à une personne souffrant d'un problème de santé et présentant ou étant susceptible de présenter un handicap, de regagner ou d'améliorer ses capacités fonctionnelles, physiques, mentales, ou sociales.
- > Les **soins curatifs et de réadaptation en cabinet de ville** font référence aux services médicaux fournis aux patients qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ils comprennent des consultations, des traitements, des soins de réadaptation et des interventions mineures. Ils comprennent généralement des services de soins primaires (visites du médecin généraliste, soins pédiatriques), des consultations de médecins spécialistes et des soins ne nécessitant pas un séjour (d'une nuit ou plus) dans un établissement de santé.
- > Les **soins curatifs et de réadaptation à domicile** désignent les services et soins médicaux fournis aux patients à leur propre domicile.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Dibao-Dina, C., Frappé, P., Saint-Lary, O., Pouchain, D.** (2021). *Comment les médecins généralistes ont-ils pris la première vague ?* La Presse médicale formation.
- > **FEDER** (2019). *La médecine ambulatoire en France, en Allemagne et en Suisse*. Fonds européen de développement régional.
- > **Minery, S., Or, Z.** (2024). Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne. *Les rapports de l'Irdes*.
- > **OCDE** (2011). *A System of Health Accounts 2011*. Revised Edition.
- > **OCDE** (2023). *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE.

En 2022, la France consacre 170 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) en santé par habitant aux dépenses de soins dentaires, soit plus que la moyenne de l'Union Européenne à 27 (138 euros en PPA santé). Les dépenses par habitant varient fortement dans les pays étudiés, de même que les taux de prise en charge par les régimes obligatoires publics et privés. En France, les soins dentaires sont mieux remboursés que dans les autres pays : le reste à charge des ménages est de 15 %, tandis qu'il est de 34 % en moyenne dans l'Union européenne à 27 (UE-27), et même de 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.

Pourtant, le renoncement aux soins dentaires en France apparaît plutôt élevé par rapport aux autres pays et il aurait augmenté entre 2019 et 2022, malgré la mise en place du 100 % santé ; le coût est le premier motif avancé. Le renoncement aux soins dentaires est sensiblement plus élevé pour les ménages les plus modestes que pour les plus aisés, en France comme dans tous les pays d'Europe.

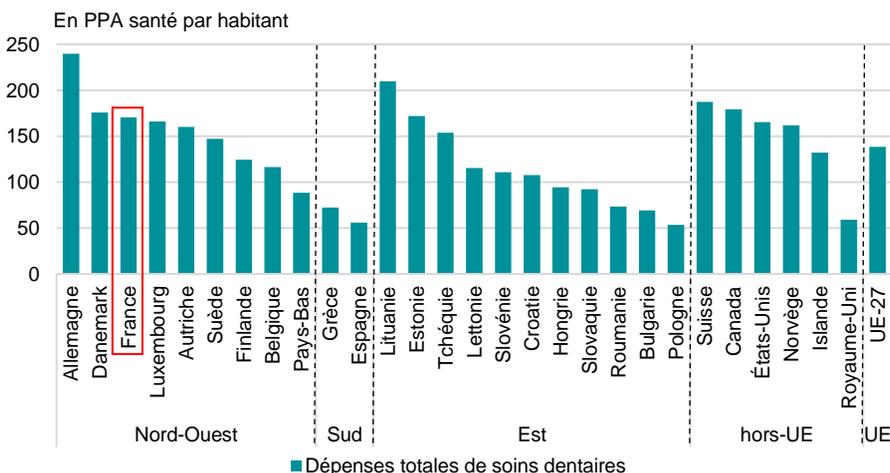
La densité en dentistes varie nettement dans les pays étudiés, même si la plupart présentent une augmentation des effectifs de dentistes ces dix dernières années.

Une forte disparité des dépenses de soins dentaires par habitant dans les pays étudiés

Les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) consacrent en moyenne 138 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) en santé (glossaire) par habitant aux dépenses de soins dentaires (*graphique 1*). Les montants alloués à ces dépenses varient fortement dans les pays étudiés : de 240 euros en PPA santé par habitant en Allemagne à 56 euros en PPA santé en Espagne, et 54 euros en PPA santé en Pologne.

Avec 170 euros en PPA santé consacrés aux dépenses de soins dentaires par habitant en 2022, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne et proche des niveaux du Danemark (176 euros en PPA santé par habitant) et du Luxembourg (166 euros en PPA santé par habitant). Si les dépenses par habitant sont globalement plus élevées en Europe du Nord-Ouest que dans les autres parties de l'UE-27, une forte hétérogénéité dans les niveaux atteints par ces dépenses transparaît au sein même de ce groupe : l'Allemagne dépense 2,7 fois plus que les Pays-Bas (88 euros en PPA santé par habitant).

Graphique 1 Les dépenses de soins dentaires par habitant en 2022



Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur le graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En 2022, en France, les dépenses de soins dentaires s'élèvent à 170 euros PPA santé par habitant.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Statistiques sur la santé pour les autres pays.

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 six pays uniquement : la France, l'Allemagne, les États Unis, la Croatie, la Slovaquie et la Bulgarie (graphique 2). À l'inverse, cette part est inférieure à 10 % en Suisse, au Canada, en Roumanie, en Espagne et en Grèce.

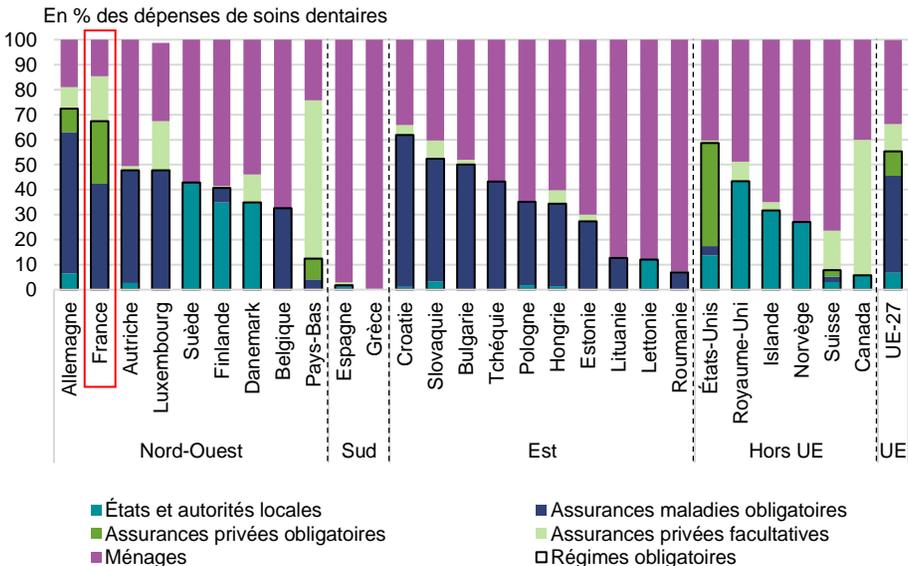
La prise en charge par les assurances facultatives est par ailleurs globalement faible, à l'exception des Pays-Bas et du Canada (63 % et 54 % des dépenses de soins dentaires respectivement).

Le reste à charge (RAC) moyen des ménages est, quant à lui, extrêmement hétérogène : il varie de 100 % en Grèce et 97 % en Espagne à seulement 15 % 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 scandinaves 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 est 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 existant dans ces pays, qui investissent globalement moins dans le domaine de la santé, notamment pour des raisons économiques (Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales, 2021).

Graphique 2 Les dépenses de soins dentaires, par type de financement en 2022



Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur le graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En 2022, en France, les dépenses de soins dentaires sont financées à 67 % par les régimes publics ou privés obligatoires, à 18 % par les régimes privés facultatifs et à 19 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Statistiques sur la santé pour les autres pays.

Un renoncement pour motif financier prépondérant

En 2022, le taux de renoncement aux soins dentaires varie de 15 % de la population âgée de 16 ans ou plus en Grèce, à moins de 1 % aux Pays-Bas (*graphique 3*). Néanmoins, la comparaison entre pays des taux de renoncement aux soins 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 %), devant la France (9 %) et la Roumanie (6 %) ; à l'inverse, le renoncement déclaré est plus faible en Pologne (2 %).

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 le plus souvent invoqué dans la quasi-totalité des pays étudiés (*graphique 4*) : seuls les Pays-Bas, la Finlande, la Croatie, la Tchéquie et la Slovénie ne le font pas figurer comme raison principale de renoncement, avec moins d'un cas sur quatre. Dans certains pays, le facteur financier représente l'essentiel des renoncements (85 % des motifs de renoncement à Chypre ou 80 % en Espagne).

Globalement, le coût est d'autant moins fréquemment avancé comme motif que le RAC moyen est faible. La France fait figure d'exception : en dépit d'un RAC moyen relativement faible, le motif financier est évoqué dans 58 % des cas pour expliquer le renoncement aux soins dentaires. Au total, une proportion limitée parmi les 16 ans ou plus déclare renoncer à des soins dentaires pour motif financier en 2022 (5 %), ce qui place néanmoins la France au-dessus de la moyenne européenne.

Par comparaison, moins de 1 % des Allemands déclarent se priver de soins dentaires pour raisons financières, le motif financier étant un peu moins souvent invoqué qu'en France (50 % des renoncements). Même si une marge d'erreur existe du fait des différences de question posé d'un pays à l'autre, l'Allemagne apparaît dans les pays à plus faible renoncement aux soins dentaires. Cela s'explique notamment par l'encadrement des tarifs des soins dentaires et la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des soins conservateurs et prophylactiques des enfants et adultes, ainsi que des soins prothétiques des enfants (50 % du tarif de référence de base pour les adultes) (Carlac'H, *et al.*, 2018).

La distribution des autres motifs de renoncement est relativement variée entre les pays, les listes d'attente constituant le principal motif de renoncement aux soins en Slovénie et en Finlande (respectivement 80 % et 74 % des motifs). La peur du médecin est également citée dans 23 % des cas en Tchéquie et 20 % des cas en Autriche, tandis que 14 % des Bulgares 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, 17 % des personnes du premier quintile de revenu déclarent renoncer aux soins dentaires pour des motifs financiers en 2022 ; parmi les 20 % les plus aisés, cette proportion est de 5 % (*graphique 3*). 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.

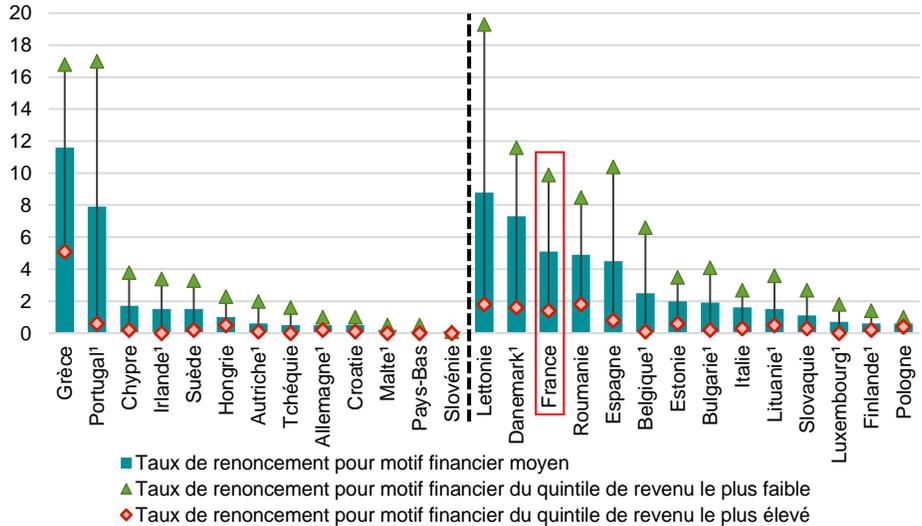
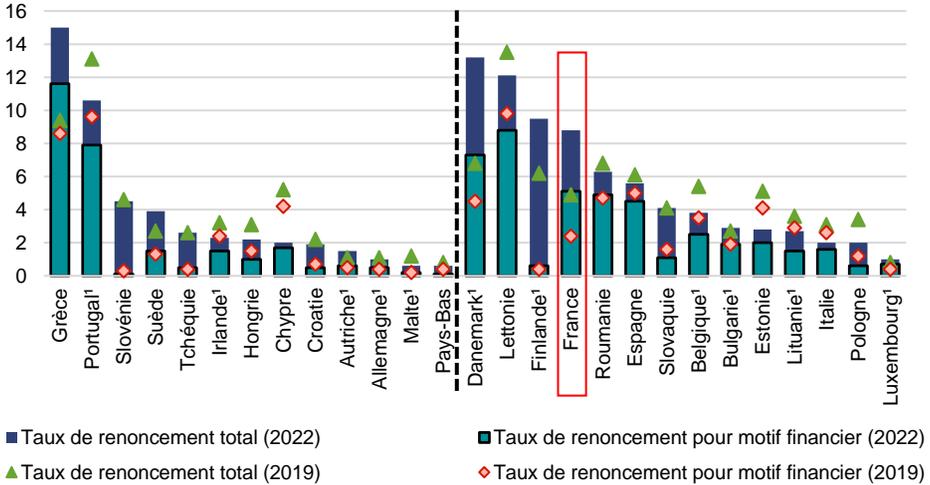
En France en 2022, si un peu plus de 1 % des Français appartenant au quintile de revenu le plus élevé renoncent aux soins dentaires pour des raisons financières, ce chiffre atteint 10 % des Français appartenant au quintile de revenu le plus faible. Les difficultés d'application du tiers payant (hormis pour les bénéficiaires de la CSS [glossaire]) dans les cabinets libéraux peuvent expliquer en partie ces disparités. En effet, malgré le développement de centres de santé dentaire ces dernières années (Arnaud et Lefebvre, 2023), le système de santé bucco-dentaire français est encore principalement libéral. 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 prothèses amovibles (Arnaud et Lefebvre, 2023). Si le recours aux prothèses dentaires a augmenté à la suite de la mise en place de cette réforme (+17 % entre 2019 et 2021) (Lapinte, *et al.*, 2024), la proportion d'individus qui renoncent aux soins dentaires pour motif financier a malgré tout augmenté de 2,7 points de pourcentage entre 2019 et 2022, pour atteindre 5,1 %¹.

¹ À noter que la mise en place de la réforme a entraîné une augmentation du prix des actes de soins conservateurs en contrepartie de la baisse du prix des prothèses (Arnaud et Lefebvre, 2023).

Graphique 3 Taux de renoncement aux soins dentaires en 2019 et 2022 et taux de renoncement pour motif financier en 2022

Pays posant trois questions (à gauche), pays posant deux questions (à droite)

En % de la population âgée de 16 ans ou plus

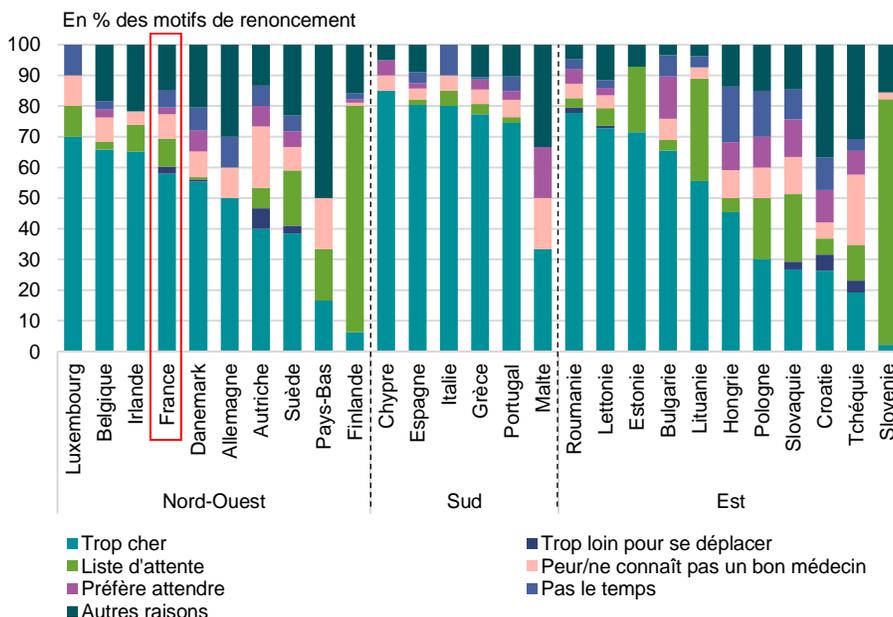


1. Pays précisant dans la question « examens indispensables ou vraiment nécessaires ».

Lecture > En 2022, en France, 8,8 % des personnes âgées de 16 ans ou plus ont renoncé à des soins dentaires, dont 5,1 % pour des raisons financières. En 2019, c'était respectivement 4,9 % et 2,4 %. 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 4 Taux de renoncement aux soins dentaires, par motif de renoncement en 2022

Lecture > En 2022, en France, parmi les Français ayant renoncé à des soins dentaires, 58 % l'ont fait pour des raisons financières, 2 % pour des raisons de distance, 9 % 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, 6 % par manque de temps et 15 % 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 1 Différentes formulations des questions sur le renoncement aux soins dans l'Enquête européenne sur les revenus 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 et 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 Portugal, 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 (Danemark, Belgique, Bulgarie, Luxembourg et Finlande) 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.

La densité de dentiste a augmenté dans la quasi-totalité des pays étudiés entre 2012 et 2022

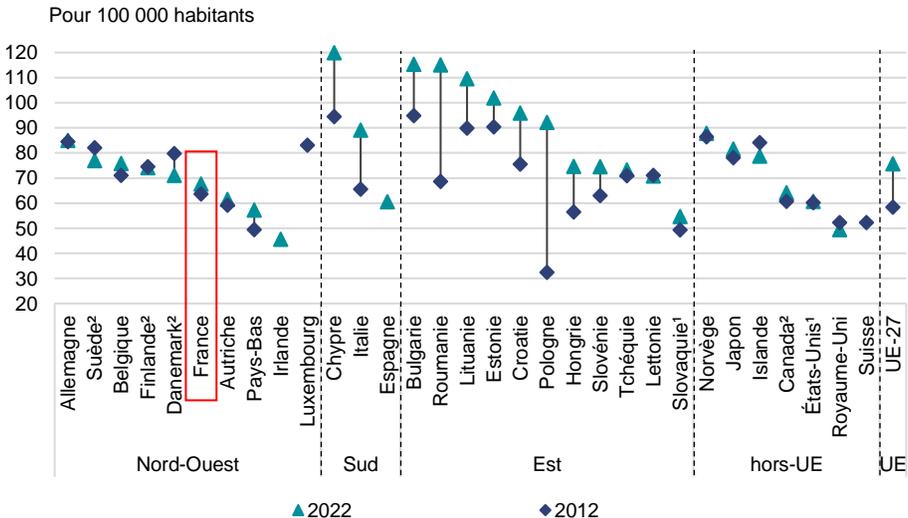
En 2022, en moyenne, le nombre de dentistes s'établit à 76 pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-27 (graphique 5). La France se situe en dessous de la moyenne de l'UE-27 avec une densité de 68 dentistes pour 100 000 habitants, au niveau du Danemark (71 dentistes) et de l'Autriche (59 dentistes). Le nombre de dentistes en Slovaquie (55) et aux États-Unis (61) est sans doute surestimé car ces pays comptabilisent l'ensemble des dentistes professionnellement actifs, même s'ils exercent un métier dans le domaine de la recherche ou de l'administration pour lequel un diplôme de dentiste est requis.

Dans les pays du nord-ouest de l'Europe, ce sont les pays scandinaves et l'Allemagne qui présentent la densité de dentistes la plus élevée : respectivement 85, 77, et 74 dentistes pour 100 000 habitants en Allemagne, en Suède et en Finlande.

La majorité des pays d'Europe de l'Est et du Sud, bénéficient d'un nombre important de professionnels, en forte augmentation depuis une dizaine d'années. La forte densité de dentistes atteinte en 2022 est néanmoins à nuancer, car ces pays sont encore en phase de structuration en termes d'accès et de prise en charge des soins dentaires et les dentistes exerçant pour la plupart sans auxiliaires (OMPL, 2021). La Bulgarie et la Roumanie comptent ainsi 115 dentistes pour 100 000 habitants, tandis que la Lituanie en a 110. D'autres pays d'Europe de l'Est présentent toutefois des densités de dentistes plus faibles et plus proches de la moyenne européenne : respectivement 73 et 71 dentistes pour 100 000 habitants en Tchéquie et en Lettonie.

Entre 2012 et 2022, la densité de dentistes a augmenté dans la quasi-totalité des pays étudiés. En France, elle est passée de 64 à 68 dentistes pour 100 000 habitants sur cette période. ■

Graphique 5 Densité de dentistes en exercice en 2012 et 2022



1. 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.
2. Données 2021.

Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur le graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > Entre 2012 et 2022, en France, la densité de dentistes est passée de 64 dentistes pour 100 000 habitants en 2012 à 68 en 2022.

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.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Carlac'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.
- > **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*. Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques, pp. 21-36.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R.** (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales** (2021). *L'équipe dentaire en Europe*.

Les dépenses pharmaceutiques varient fortement entre les pays, à la fois en pourcentage de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et en euros courants par habitant. De manière générale, les pays de l'est et du sud de l'Europe ont une dépense par habitant plus faible qu'en Europe du Nord et de l'Ouest, mais consacrent une plus grande part de leurs dépenses de santé aux médicaments. La France se situe dans la moyenne des pays de l'Union européenne à 27 (UE-27). Dans la quasi-totalité des pays étudiés, la part des dépenses pharmaceutiques allouée aux médicaments délivrés sur ordonnance est supérieure à celle allouée aux produits en vente libre. Le reste à charge, c'est-à-dire la somme déboursée et non remboursée, représente 28 % des dépenses pharmaceutiques dans l'UE-27 et varie fortement selon le pays, de 13 % des dépenses en France à 77 % en Bulgarie ; le reste des dépenses est principalement pris en charge par les régimes obligatoires. Enfin, la part des médicaments génériques vendus en officines est en augmentation depuis dix ans, notamment en France.

En France, en 2022, les dépenses pharmaceutiques sont proches de la moyenne des pays de l'UE-27

En pourcentage de la DCSi, les dépenses pharmaceutiques sont particulièrement élevées dans les pays du sud et de l'est de l'Europe

En 2022, parmi les pays étudiés, les dépenses pharmaceutiques de ville (*encadré 1*) varient de 6,4 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) au Danemark à 31,5 % en Bulgarie (*graphique 1*). La France consacre 12,9 % de sa DCSi aux dépenses pharmaceutiques ; elle se situe légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) et de l'Allemagne (13,6 %). De manière générale, les pays de l'est et du sud de l'Europe dépensent plus pour les produits pharmaceutiques, en proportion de leur DCSi, que les pays du nord et de l'ouest de l'Europe : 24,4 % en Roumanie, 22,4 % en Hongrie ou 26,9 % en Grèce, contre 7,0 % aux Pays-Bas ou 9,5 % en Suède. Cette différence s'explique en partie par le fait que, le prix des produits pharmaceutiques étant relativement homogène entre les pays (OCDE, 2021), la dépense consacrée à ces produits représente une proportion plus importante des dépenses de santé pour les pays les moins riches de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), qui ont une DCSi plus faible en valeur.

Les dépenses pharmaceutiques exprimées en euros courants¹ par habitant révèlent des différences marquées entre les pays

Exprimées en euros courants et par habitant, les dépenses pharmaceutiques varient davantage (*graphique 1*) : en 2022, elles sont ainsi près de deux à

trois fois plus élevées aux États-Unis (1 485 euros) et en Suisse (1 231 euros) que dans la plupart des autres pays étudiés ici. Le niveau élevé observé aux États-Unis s'explique en grande partie par le prix des médicaments, qui n'est pas régulé, mais négocié librement entre les industriels et les sociétés d'assurances privées, par l'intermédiaire d'organismes spécialisés (Millet, 2019).

Au sein des pays de l'UE-27, l'Allemagne est le pays qui dépense le plus à ce titre (791 euros), suivi du Luxembourg (732 euros). De l'autre côté du spectre, les pays de l'est de l'Europe dépensent peu pour les médicaments : 192 euros en Pologne, 210 euros en Roumanie ou 315 euros en Tchéquie.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences de niveaux de dépense en euros courants par habitant entre pays. Parmi eux, on peut notamment citer le niveau de prescription et de délivrance des produits pharmaceutiques. Ainsi, les consultations chez un médecin généraliste se concluent plus souvent par une prescription médicale en France (dans 78 % des cas) ou en Belgique (70 % des cas) qu'au Royaume-Uni (53 % des cas) ou en Suède (30 % des cas) (Richard, *et al.*, 2023)². Une étude plus ancienne a montré, par ailleurs, que les médecins néerlandais utilisent fréquemment des alternatives aux prescriptions médicales, par exemple des conseils d'hygiène de vie (Le Pen, *et al.*, 2007). Les politiques de prix des médicaments (tarification par les industriels, régulation des prix et niveaux de remboursement) et les habitudes de consommation des médicaments génériques contribuent également à expliquer ces différences (OCDE, 2023).

¹ Les dépenses pharmaceutiques n'ont pas été exprimées en parité de pouvoir qu'achat en santé (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

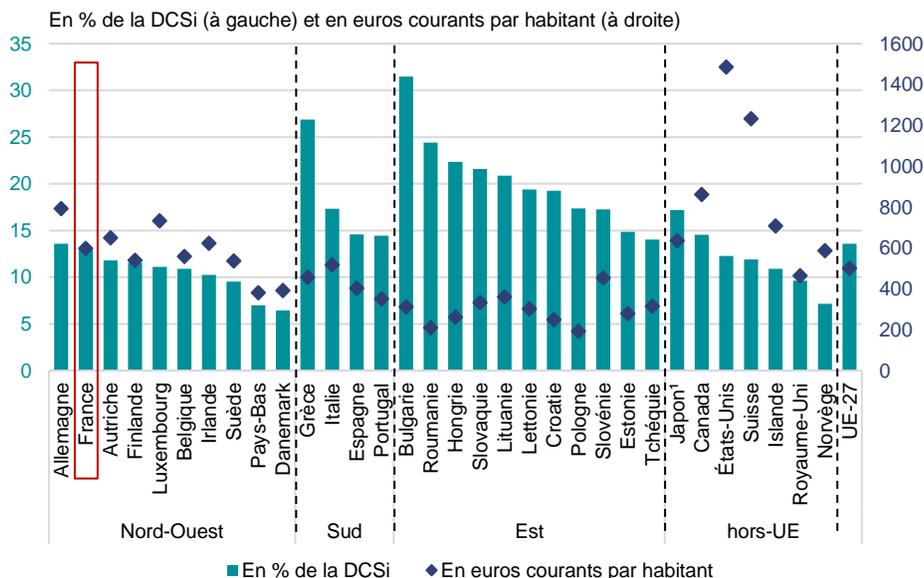
des services médicaux et en particulier des salaires des professionnels de santé), même s'il est beaucoup plus élevé aux États-Unis.

² Étude comparative de 28 études menées en Europe entre 2005 et 2019.

En France, les dépenses pharmaceutiques s'élèvent en moyenne à 597 euros par habitant en 2022 ; un montant supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 (500 euros) mais bien inférieur à celui de l'Allemagne (791 euros). La régulation du prix des médicaments contribue vraisemblablement aux écarts entre ces deux 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). Plusieurs autres

pays ont des mesures de régulation du prix des médicaments. Les pays du nord de l'Europe appliquent ainsi pour la plupart un prix de vente maximum (Vogler, 2012). En revanche, le Royaume-Uni n'impose pas de contraintes de prix aux industriels lorsqu'ils lancent un nouveau médicament sous brevet dès son autorisation de mise sur le marché. En contrepartie, les laboratoires s'engagent à ne pas dépasser un profit maximal et à effectuer des baisses de prix sur l'ensemble de leurs autres médicaments déjà sur le marché (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2012).

Graphique 1 Les dépenses pharmaceutiques en 2022



1. Données 2021.

Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée hors Malte et Chypre.

Lecture > En 2022, en France, les dépenses pharmaceutiques représentent 12,9 % de la DCSi et s'élèvent à 597 euros par habitant et par an.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

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 (médicaments en vente libre) 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 également les médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients en traitement ambulatoire. À noter que la répartition entre ces trois catégories peut toutefois varier en fonction des spécificités de chaque pays en matière de prise en charge, de classification et de disponibilité de certains médicaments (OCDE, 2023). Les dépenses de tests antigéniques du SARS-CoV-2, ainsi que les vaccins, ne sont pas comptabilisées dans les dépenses pharmaceutiques mais dans les dépenses de prévention (fiche 33).

La majeure partie des dépenses pharmaceutiques sont allouées aux médicaments délivrés sur ordonnance

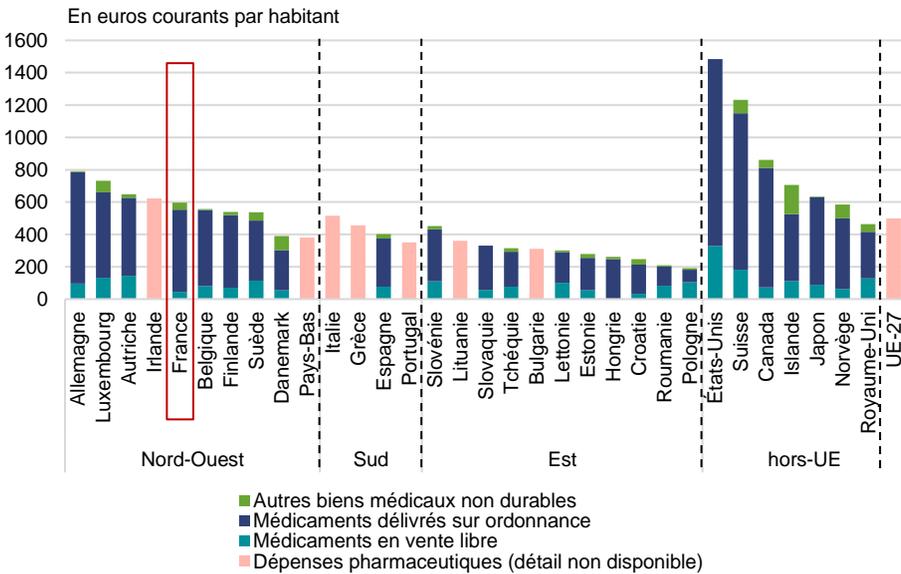
Les dépenses pharmaceutiques sont divisées pour l'essentiel en deux composantes (*graphique 2*) : les médicaments délivrés sur ordonnance et les produits en vente libre qui peuvent être achetés sans prescription médicale. Le reste est constitué des autres biens médicaux non durables qui incluent une variété de produits utilisés pour des traitements médicaux, mais qui ne sont pas conçus pour une utilisation prolongée ou permanente (bandages, pansements, soins pour les yeux...) (*encadré 1*).

Les médicaments délivrés sur ordonnance représentent généralement la grande majorité des dépenses pharmaceutiques : par exemple, en France,

ils représentent 509 euros par habitant et par an contre 45 euros pour les produits en vente libre ; c'est 688 euros contre 97 euros en Allemagne.

Des spécificités propres à chaque pays en matière de couverture des médicaments sur ordonnance sont toutefois observées : dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, les dépenses consacrées aux produits en vente libre sont plus proches des dépenses consacrées aux médicaments sur ordonnance, comparativement aux autres régions d'Europe. Les ventes de médicaments sur ordonnance représentent ainsi 120 euros, contre 82 euros pour les produits en vente libre en Roumanie ; 216 euros contre 77 euros en Tchéquie ou 189 euros contre 101 euros en Lettonie.

Graphique 2 Les dépenses pharmaceutiques en 2022, selon le type de délivrance



1. Données 2021.

Note > Moyenne de l'Union européenne à 27 calculée hors Malte et Chypre.

Lecture > En 2022, en France, chaque habitant consomme 597 euros pour des produits pharmaceutiques, dont 509 euros pour des médicaments délivrés sur ordonnance, 45 euros pour les produits en vente libre et 43 euros pour d'autres biens médicaux non durables.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

En France, un reste à charge pour les dépenses pharmaceutiques parmi les plus faibles d'Europe

Dans la plupart des pays de l'ouest et du sud de l'Europe, les régimes d'assurance maladie obligatoires (publics et privés) prennent en charge une plus grande partie des coûts liés aux dépenses pharmaceutiques que dans les pays du Nord et de l'Est de l'Europe (*graphique 3*). Les régimes obligatoires financent ainsi 74 % des dépenses pharmaceutiques au Luxembourg, 71 % en Espagne ou 67 %

aux Pays-Bas contre seulement 34 % en Pologne, 40 % au Danemark ou 45 % en Roumanie. Dans des pays comme la France, l'Irlande ou l'Allemagne, les régimes obligatoires prennent même en charge une part supérieure à 80 % des dépenses pharmaceutiques (82 % des dépenses en France).

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.

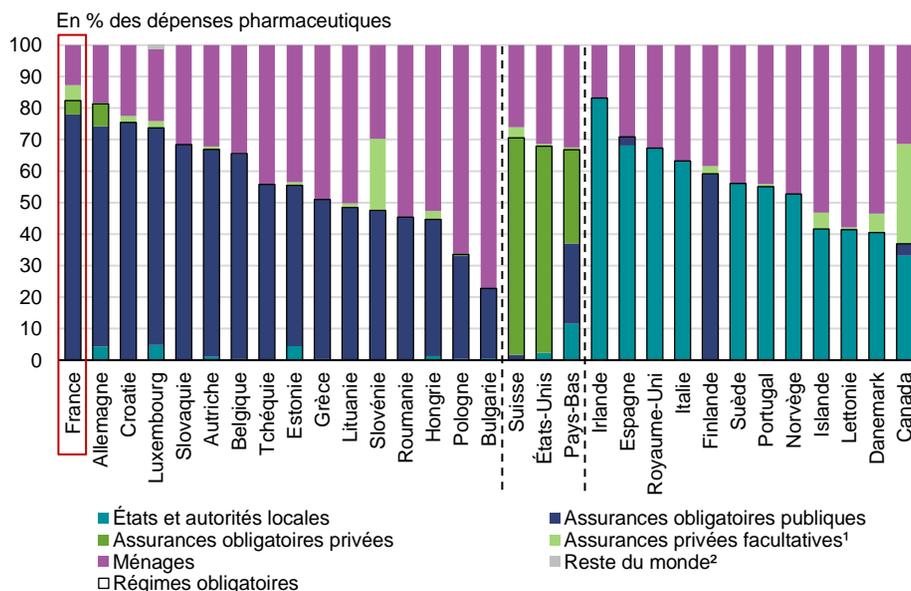
Le reste à charge est ainsi extrêmement hétérogène entre pays : il s'échelonne de 13 % des dépenses en France à 77 % en Bulgarie et atteint 28 % en moyenne dans les pays de l'UE-27¹. Dans les pays d'Europe de l'Est, les restes à charge sont globalement plus élevés : 55 % en Roumanie, 53 % en Hongrie ou 58 % en Lettonie. En France, mais également en Irlande et en Allemagne, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins : respectivement 13 %, 17 % et 18 % des dépenses.

Dans quasiment tous les pays étudiés, les assurances privées facultatives 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 facultative (respectivement 23 % et 32 %).

Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontés les États depuis plusieurs années les ont conduits à rechercher des voies de rationalisation de prise en charge, notamment en redéfinissant le panier de 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, à la suite de la crise financière de 2008, l'Espagne et la Grèce ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (via des dispositifs tels que les franchises ou les tickets modérateurs). À l'inverse, 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 (publics ou privés).

Graphique 3 Répartition des dépenses pharmaceutiques selon le financeur en 2022

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (à gauche), systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés (au milieu) et services nationaux de santé (à droite)



1. Et autres dispositifs facultatifs. 2. Le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Il concerne majoritairement le Luxembourg.

Lecture > En France, en 2022, 82 % des dépenses pharmaceutiques sont prises en charge par un financement obligatoire (78 % par des assurances obligatoires publiques et 4 % par des assurances obligatoires privées), 5 % par des assurances facultatives privées et 13 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

¹ Ce chiffre diffère de celui de la fiche sur le reste à charge des ménages, puisqu'il porte sur les seuls produits pharmaceutiques ; la fiche sur le reste à charge

des ménages concerne à la fois les produits pharmaceutiques, mais aussi les autres biens médicaux (fiche 27).

Depuis dix ans, la part des médicaments génériques vendus en officines augmente en volume

En 2022, les médicaments génériques représentent une part significative des ventes de médicaments en pharmacie dans la plupart des pays ayant des données disponibles.

En France, en volume¹, les médicaments génériques représentent 27 % des ventes de médicaments en pharmacie en 2022 (graphique 4). Cette part s'élève à 80 % au Royaume-Uni et à 77 % en Lettonie ; à l'inverse, les génériques ne représentent que 21 % des volumes en Suisse et 30 % en Italie. En valeur, les médicaments génériques représentent une part moins importante, les génériques étant souvent moins chers que les princeps : de 18 % au Danemark (62 % en volume) à 54 % au Royaume-Uni (80 % en volume).

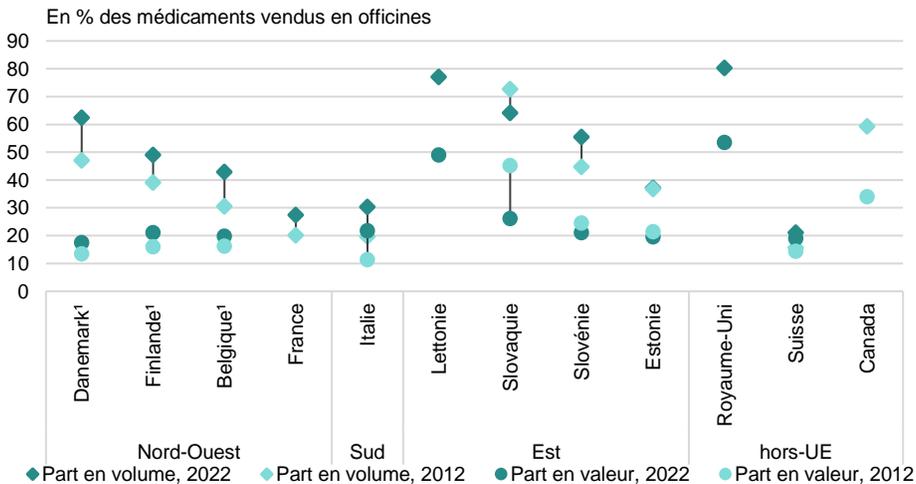
Entre 2012 et 2022, la part des médicaments génériques dans le mix médicamenteux total a progressé dans la plupart des pays étudiés, à l'exception de la Slovaquie (-9 points de pourcentage [pp]), de 73 % à 64 %). Ce repli observé en Slovaquie, pourrait être lié à l'obligation pour les génériques d'être 45 %

moins cher que le médicament d'origine, ce qui réduit l'attractivité de ce pays pour les producteurs de génériques (Tesar, *et al.*, 2021).

C'est au Danemark que cette augmentation est la plus élevée (+15 pp en dix ans) et en Estonie qu'elle est la plus faible (+0 pp). En France, cette augmentation s'établit à +7 pp (de 20 % du volume de médicaments en 2012 à 27 % en 2022).

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. En revanche, en Autriche, les pharmaciens ne sont pas autorisés à remplacer un médicament par son générique (OCDE, 2023). 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. Similairement, en Suisse, les pharmaciens reçoivent une rémunération lorsqu'ils remplacent un médicament par son générique (OCDE, 2023). ■

Graphique 4 Part des médicaments génériques vendus en officine dans le mix médicamenteux en 2012 et en 2022



1. Données 2021.

Champ > Médicaments vendus en officines.

Note > Seuls les pays fournissant des données ont été inclus dans le graphique.

Lecture > Entre 2012 et 2022, la consommation de médicaments génériques en volume a augmenté de 12 points de pourcentage (pp) en Belgique, de 31 % à 43 % ; en valeur, elle a augmenté de 4 pp, de 16 % à 20 %.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

¹ Les volumes mentionnés ici sont définis selon les critères de l'OCDE. En fonction du pays, ils peuvent être exprimés en doses définies journalières (DDJ), c'est-à-dire la dose quotidienne moyenne présumée pour un

médicament dans son indication principale chez l'adulte (ex : Danemark), ou en nombre de paquets, boîtes, ou unités standards de consommation (ex : France).

Pour en savoir plus

- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2012). *Fiche éclairage maladie. La régulation des prix des médicaments : l'expérience britannique.*
- > **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.
- > **Le Pen, C., Lemasson, H., Roullière-Lelidec, C.** (2007, mai). *La consommation médicamenteuse dans cinq pays européens : une réévaluation.* LEEM.
- > **Millet, L.** (2019). *Le prix des médicaments : des spécificités nationales dans un marché global.* Institut Montaigne.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE.* Paris, France : Éditions OCDE.
- > **OCDE** (2023). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE.* Paris, France : Éditions OCDE.
- > **Richard, A., Mariotti, B., Piñol-Domenech, N., Vorilhom, P., Vaillant-Roussel, H.** (2023). Prescription-free consultation in France and Europe: Rates' evolution, physicians' and patients' perceptions from 2005 to 2019, a systematic review. *Therapies*, volume 78, issue 6.
- > **Tesar, T., Golias, P., Masarykova, L., Kawalec, P., Inotai, A.** (2021). The impact of reimbursement practices on the pharmaceutical market for off-patent medicines in Slovakia. *Pharmacology.*
- > **Vogler, S.** (2012). The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative Journal.*

En 2022, la France consacre 49,5 milliards d'euros, soit 15,8 % de sa dépense courante de santé au sens international (DCSi) 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 5 % de la DCSi dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe et, à l'inverse, avoisinent 20 % de la DCSi dans de nombreux pays du nord-ouest de l'Europe.

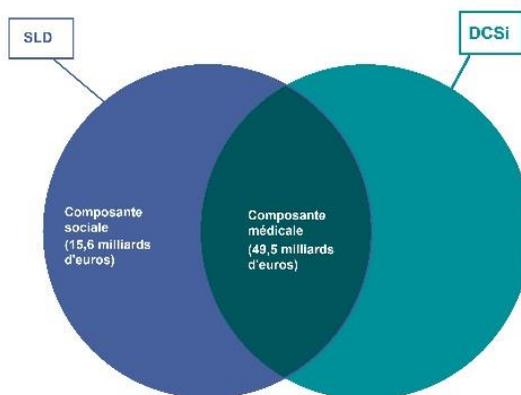
À la composante santé, il faut ajouter une composante sociale des SLD (accomplissement des tâches domestiques et administratives), non comptabilisée dans la DCSi, mais à laquelle elle est rapportée dans cette fiche à des fins de comparaison. Ainsi, la composante sociale représente l'équivalent de 5,0 % de la DCSi en France et près de 11,5 % aux Pays-Bas, pays qui y consacrent le plus de moyens.

La majorité des dépenses de SLD est consacrée à des soins dispensés dans des structures d'hébergement. Dans tous les pays étudiés, les dépenses de SLD devraient augmenter fortement avec le vieillissement de la population dans les prochaines décennies.

Les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD) concernent des personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi des personnes en situation de handicap. Ces dépenses ont une composante santé – incluse dans la DCSi – et une composante sociale – exclue de la DCSi. Les dépenses de SLD santé incluent les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ), 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. La composante sociale des SLD inclut, quant à elle, les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), c'est-à-dire les aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou d'autres activités quotidiennes (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur)¹.

Schéma 1 Répartition des soins de longue durée (SLD) dans la dépense de consommation de soin au sens international (DCSi), en France en 2022



Source > DREES.

¹ Classification utilisée dans le système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) ; les

(AIVQ) sont classées dans les services sociaux et ne sont pas comptabilisées dans la DCSi.

Une meilleure prise en charge des soins de longue durée dans les pays du nord-ouest de l'Europe

En 2022, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD) dans leur composante médicale, atteignent 16,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en moyenne dans l'Union européenne à 27 (UE-27). Les pays du nord-ouest de l'Europe y consacrent systématiquement une plus grande part de leur DCSi que les pays du Sud et de l'Est. Les Pays-Bas, la Suède, la Belgique, l'Irlande et le Danemark consacrent ainsi plus de 20 % de la DCSi aux SLD en 2022 (*graphique 1*). En effet, ces pays ont développé de longue date une offre de services, à destination des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, qui prend en charge les AVQ, notamment *via* des services de soins à domicile très développés. À l'autre extrémité, la Grèce, la Croatie et la Slovaquie consacrent moins de 3,0 % de la DCSi aux SLD dans leur composante médicale en 2022. Avec 15,8 % de sa DCSi consacrée aux SLD, la France se positionne légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'UE-27, et parmi les derniers pays du nord-ouest de l'Europe.

La composante sociale des SLD, qui inclut des services et aides sociales accompagnant la dépendance et le handicap¹ dans plusieurs pays, est moins bien renseignée dans le Système des comptes de la santé harmonisée au niveau international (SHA) [*encadré 1*]. Les pays du nord-ouest de l'Europe sont ceux qui investissent le plus dans ces dispositifs sociaux. Elle atteint ainsi jusqu'à l'équivalent de 18,1 % de la DCSi en Finlande en 2022. En France, cette composante représente l'équivalent de 5,0 % de la DCSi.

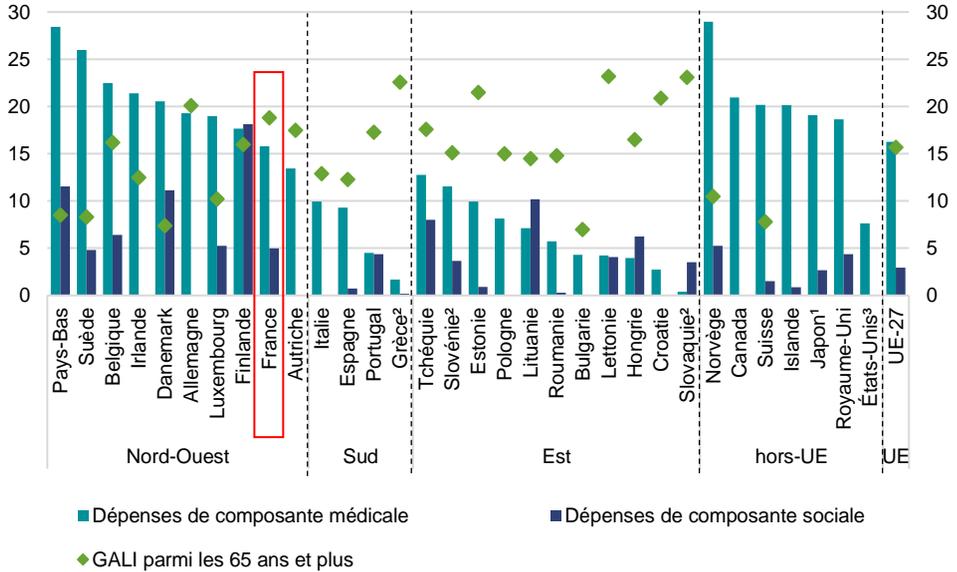
Dans les pays étudiés, on ne constate pas de corrélation positive entre les dépenses de SLD et la part de personnes déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie (*graphique 1*), tel que défini par l'indicateur global de restriction d'activité (GAL) [*encadré 1*]. Le niveau de dépense de SLD s'explique davantage par les contraintes financières, les différences culturelles (prise en charge des SLD majoritairement informelle par les familles, ou formelle à domicile ou en institution) ou historiques. Les systèmes dans lesquels l'État joue un rôle central (pays scandinaves, Autriche) investissent davantage dans les SLD que ceux qui s'appuient davantage sur la famille pour délivrer les SLD (Espagne, Italie, Grèce, pays d'Europe de l'Est) et ceux qui présentent un système hybride (France, Allemagne) (Fuino, *et al.*, 2020).

On observe par ailleurs une corrélation entre niveau de dépenses de SLD et satisfaction des besoins de soins de longue durée, selon les données de l'enquête SHARE (*encadré 1*). La Tchéquie, la Pologne, la Slovaquie et les pays baltes ont la plus grande proportion de personnes en situation de handicap 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 AVQ/AIVQ, déclarent des besoins de 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 indiquent des besoins non satisfaits. La France est proche de ce groupe de pays (42 %) et la proportion de besoins non satisfaits y est inférieur à la moyenne de l'OCDE (50 %) (OCDE, 2021).

¹ Comme les travailleurs sociaux (assistantes de services sociaux, conseillers en économie sociale et familiale), les aides ménagères ou les aides à la vie domestique.

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2021

Composantes médicales et sociales en % de la DCSi (à gauche) ; Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, handicapées ou de perte d'autonomie au sens du GALI, en % (à droite)



1. Données 2021 (composante médicale).

2. Données 2021 (composante sociale).

3. 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 consacre 29,0 % de sa DCSi en soins de santé de longue durée et 5,2 % de sa DCSi en soins sociaux de longue durée. En Norvège, 10,5 % des personnes âgées de 65 ans ou plus se déclarent en situation de handicap ou de perte d'autonomie au sens du GALI en 2022.

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 : les outils de la comparaison internationale

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. Il existe deux principales difficultés dans la comparaison internationale des SLD : la difficile distinction entre les dépenses de santé et les dépenses sociales dans SHA, et les difficultés liées à l'estimation en France du nombre de travailleurs – sociaux ou médicaux – dans le secteur des SLD.

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. Les SLD sont présentés généralement pour la seule composante médicale, la composante sociale 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

certaines actes médicaux¹. Ces difficultés de classement fragilisent ainsi les comparaisons internationales sur le sujet.

Une sous-estimation des dépenses de SLD pour la France, liée à une difficulté à comptabiliser les emplois du secteur

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 pour la France est principalement due au fait qu'elle repose sur les données de l'enquête Emploi de l'Insee, qui ne permet pas de comptabiliser toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD (c'est notamment le cas des aides à domicile). Libault (2019) propose une estimation de l'ensemble du champ des travailleurs sociaux en France de 830 000 équivalents temps plein (ETP) travaillant auprès des personnes âgées dépendantes en 2018, soit un taux d'encadrement de 6,3 %. Ce chiffre placerait la France parmi les pays les mieux dotés en personnels dans le secteur des SLD. Cependant, il est également possible que le taux d'encadrement soit sous-estimé dans d'autres pays. Il faut donc analyser ces estimations avec précaution.

Le GALI, un indicateur harmonisé pour 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 concernant toutes sortes d'activités (« dans les activités ») ; et une dimension sociale (« que les gens font habituellement »).

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 populations 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 son analyse aux seules personnes faisant état de limitations des activités quotidiennes (AVQ et AIVQ). Longitudinale, cette enquête interroge les mêmes participants à intervalles réguliers afin d'observer au mieux les changements dans le temps de la société et de la population en général.

Une organisation différente de la prise en charge de la dépendance dans de nombreux pays

À partir des années 1980, les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dépendance, tant pour son volet médical que social. Dans les pays nordiques, les besoins d'aide à l'accomplissement des 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, 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. En France, les principales prestations en espèce sont l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et la prestation de compensation du handicap [PCH]², versées par les départements avec le concours financier de la Caisse nationale des solidarités pour l'autonomie (CNSA), 5^e branche de la Sécurité sociale depuis 2021 (Dherbécourt, *et al.*, 2023).

¹ C'est par exemple le cas pour les services de soutien (formation de base, accompagnement) destinés aux aidants informels qui fournissent des aides relatives à l'accomplissement des AVQ.

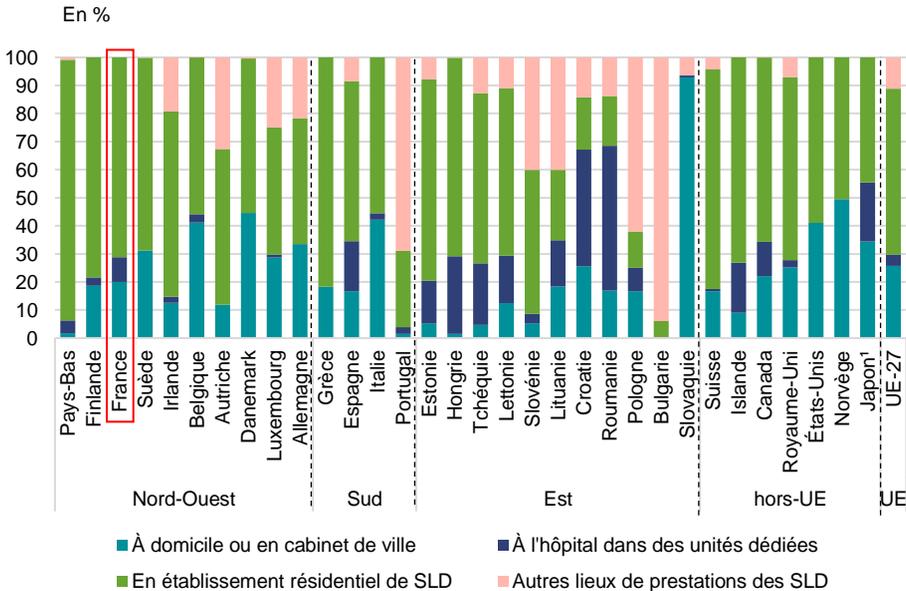
² L'APA sert à payer (en totalité ou en partie) : soit les dépenses nécessaires pour rester à domicile (APA à domicile), soit le tarif dépendance d'un établissement médico-social. Elle est versée sous conditions d'âge (à partir de 60 ans) et de perte d'autonomie. La PCH couvre cinq formes d'aides : humaine, technique, d'aménagement du logement ou du véhicule, de charges exceptionnelles ou spécifiques liées au handicap, et animalière. Elle est versée sous conditions d'âge (moins de 60 ans) et de perte d'autonomie. Le taux de prise en charge varie en fonction des ressources et du type de résidence du demandeur (à domicile ou en établissement).

La part des dépenses pour le maintien à domicile minoritaire dans l'UE-27

En moyenne, dans l'UE-27, 63 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés dans des structures d'hébergement (59 %) ou à l'hôpital dans des unités dédiées (4 %), 26 % sont dispensés à domicile ou dans des cabinets de ville et 11 % dans d'autres lieux de prestation des SLD (établissements de soins infirmiers, prestataires de soins ambulatoires, etc.) [graphique 2]. Les coûts moyens (personnels et infrastructures) en institutions sont plus élevés qu'à domicile (Fuino, *et al.*, 2020). Les dépenses en institution sont généralement à destination d'établissements spécialisés dans les SLD. Si les services dédiés dans les hôpitaux restent nombreux en Europe de l'Est, ce type de prise en charge tend à se raréfier en Europe (European Centre, 2015), à l'instar de la France où les unités de soins de longue durée (USLD) ne représentent plus que 9 % des dépenses

de SLD. Le nombre de lits d'hospitalisation complète en USLD décroît depuis 2013 et cette baisse se poursuit en 2022 (1,7 %) (Boisguérin, *et al.*, 2023). Les dépenses relatives aux soins à domicile peuvent correspondre à des aides en nature (interventions des professionnels du secteur) ou à des allocations versées aux personnes handicapées ou dépendantes pour rémunérer un aidant formel ou un aidant familial. Dans certains pays (Royaume-Uni, Italie), il existe aussi des prestations versées directement aux aidants familiaux. En France, les proches aidants de bénéficiaires de l'APA ont également un droit au répit (hébergement temporaire, relais à domicile). Fin 2020, une nouvelle allocation a également été mise en place en France – l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) – afin d'indemniser les aidants qui travaillent ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Graphique 2 Répartition des dépenses pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de la prestation des soins



1. Données 2021.

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 > En 2022, la Hongrie consacre 1,5 % de ses dépenses totales de SLD aux soins fournis à domicile ou en cabinet de ville, 70,6 % en établissements résidentiels de SLD et 27,7 % à l'hôpital dans des unités dédiées.

Sources > Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

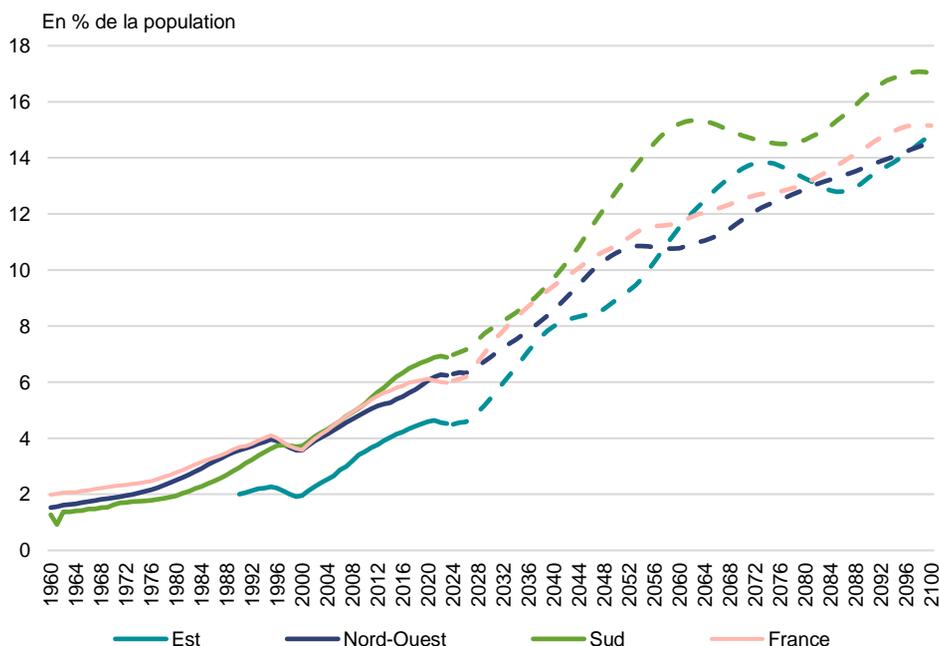
Un besoin croissant de soins de longue durée pour une population vieillissante

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD entre les pays étudiés peuvent aussi s'expliquer par des différences démographiques. La part des personnes âgées de 80 ans ou plus a été multipliée par 4 entre 1960 et 2022 dans les pays d'Europe du nord-ouest, de 1,5 % en 1960 à 6,3 % en 2022, en raison de la baisse des taux de fécondité et, surtout, de l'allongement de l'espérance de vie. En France, la part des 80 ans ou plus est 3 fois plus élevée en 2022 (6,0 %) qu'en 1960 (2,0 %). Les projections démographiques européennes (Eurostat, 2023) montrent que cette proportion devrait augmenter dans les prochaines décennies et atteindre 10,6 % de la population dans les pays d'Europe du nord-ouest et 10,9 % en France en 2050, puis respectivement 14,5 % et 15,2 % en 2100. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Grèce, en Italie et au Portugal. À l'inverse, et 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 (en 2022, les personnes âgées de 80 ans ou plus représentent en moyenne 4,5 % de la population des pays d'Europe de l'Est).

Le vieillissement de la population a des implications majeures pour les soins de longue durée et leur financement, 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 (en lien notamment avec une participation croissante des femmes au marché du travail), pourrait conduire les pays à doubler leurs dépenses de SLD d'ici à 2070 (Commission européenne, 2024). ■

Graphique 3 Évolution de la part de la population âgée de 80 ans ou plus



Source > Eurostat, projections démographiques 2024.

Pour en savoir plus

- > **Boisguérin, B., Gaimard, L. (2023).** En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1289.
- > **Commission européenne (2024).** *The 2024 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*.
- > **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.
- > **Dherbécourt, C., Didier, M., Lefebvre, G. (2023).** *La protection sociale en France et en Europe en 2022 - Résultats des comptes de la protection sociale – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **European Centre (2015).** From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. *Policy Briefs*.
- > **Eurostat (2023).** [EU's population projected to drop by 6% by 2100](#). Eurostat.
- > **Fuino, M., Rudnytskyi, I., Wagner, J. (2020).** On the characteristics of reporting ADL limitations and formal LTC usage across Europe. *Eur. Actuar. J.* 10, 557–597. <https://doi.org/10.1007/s13385-020-00242-1>
- > **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*, sur <https://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.
- > **OCDE (2021).** *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- > **Tubeuf, S., Jusot, F., Devaux, M., Sermet, C., (2008).** Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health. IRDES, *Document de travail*, 12.

En France, le taux de mortalité évitable après intervention du système de santé est parmi les plus faibles d'Europe avec 204 décès évitables pour 100 000 personnes en 2021 (144 sont évitables grâce à la prévention et 60 grâce aux traitements, au sens d'Eurostat).

Le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité constituent des facteurs de risque majeurs. 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 en moyenne moins fréquents en France que dans les autres pays européens.

La France consacre 3,9 % de ses dépenses de santé à la prévention en 2022 au sens de l'OCDE, un niveau inférieur à la moyenne des pays européens. Toutefois, des différences de définitions peuvent expliquer une partie des larges différences observées entre les pays. Dans la plupart des pays, la majorité des dépenses de prévention sont destinées à la prévention individuelle primaire.

La France a un taux relativement faible de mortalité évitable

Au sens d'Eurostat, on distingue deux types de mortalité dite évitable : « par prévention », c'est-à-dire avant que les effets sur la santé ne se produisent ; et « par traitement », grâce au dépistage des maladies à un stade précoce qui permet de prodiguer à temps des soins de santé efficaces. La somme de ces deux taux constitue l'indicateur global de mortalité évitable (*encadré 1*).

Mortalité évitable par prévention

En moyenne, dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27), le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est de 237 décès pour 100 000 personnes en 2021 (*graphique 1*). Les taux les plus élevés de décès prématurés sont observés dans les pays de l'est de l'Europe, et en particulier en Bulgarie, en Hongrie et en Roumanie (respectivement 460, 452 et 440 décès pour 100 000 personnes). Ils tiennent pour l'essentiel à des taux nettement plus élevés de mortalité par insuffisance cardiaque, accidents et consommation d'alcool dans ces pays, ainsi qu'à une forte prévalence du cancer du poumon en Hongrie (OCDE, 2021). En France, ce taux est bien plus faible (144 décès évitables par prévention pour 100 000 personnes en 2021), un niveau proche des pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud.

Mortalité évitable par traitement

En 2021, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est bien inférieur à celui de la mortalité évitable par prévention. Il s'établit en moyenne à 111 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE -27 (*graphique 1*). Comme pour la mortalité évitable par prévention, les pays de l'ouest, du nord et du sud de l'Europe présentent des taux bien inférieurs aux pays de l'est de l'Europe, exception faite de la Slovénie (67 décès pour 100 000 personnes) : avec respectivement 255, 225 et 206 décès pour 100 000 personnes en Roumanie, en Bulgarie et en

Slovaquie. Le Luxembourg (55 décès pour 100 000 personnes), la France (60 décès pour 100 000 personnes), la Suède et les Pays-Bas (60 décès pour 100 000 personnes) présentent ainsi les plus faibles taux de mortalité évitable par traitement. En France, les premières causes de mortalité évitable grâce aux traitements sont le cancer colorectal, l'insuffisance cardiaque, le cancer du sein, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumonie (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Après une période de baisse, la crise sanitaire a entraîné une résurgence de la mortalité évitable

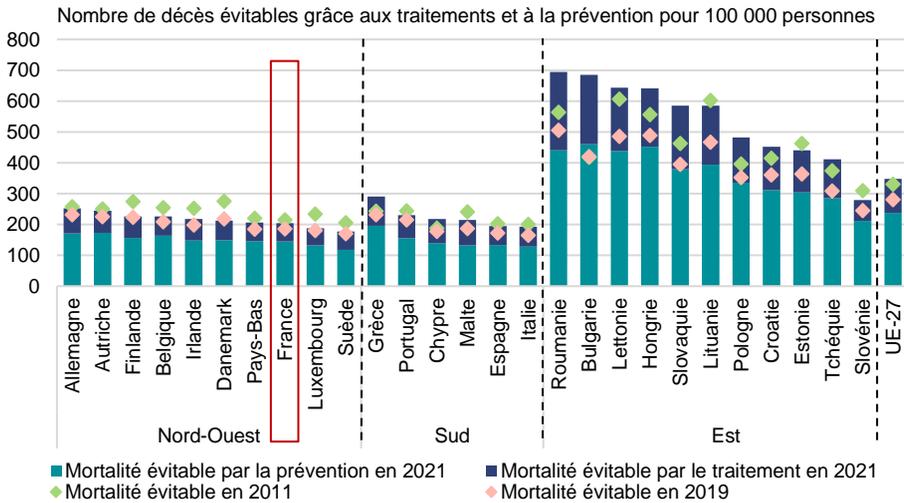
Au cours de la dernière décennie (2011-2019), la totalité des pays européens, à l'exception de la Bulgarie, ont enregistré une baisse significative de la mortalité évitable (*graphique 1*). Au cours de cette période, les baisses les plus importantes ont été observées au Luxembourg (-23 %, de 233 à 180 décès pour 100 000 habitants), en Lituanie (-23 %, de 602 à 466 décès pour 100 000 habitants) et à Malte (-22 %, de 241 à 187 décès pour 100 000 habitants) ; contre -13 % en France (de 215 à 186 décès pour 100 000 habitants) et -15 % en moyenne dans l'UE-27 (de 330 à 280 décès pour 100 000 habitants).

Par convention, l'OCDE et Eurostat considèrent l'ensemble des décès dus au Covid-19 comme des décès évitables par prévention. Outre les décès directement dus au Covid-19, qui auraient pu être évités grâce à des interventions plus rapides des pouvoirs publics ou une meilleure application des gestes barrières, la pandémie a également perturbé les systèmes de santé, les soins préventifs et les soins curatifs. À l'exception du Danemark (-2 %), la mortalité évitable (par prévention et par traitement) a ainsi augmenté en 2021 dans l'ensemble des pays étudiés. Dans la plupart des pays de l'est de l'Europe, ainsi qu'en Grèce et à Chypre, elle dépasse

même les niveaux de 2011. La hausse de la mortalité évitable est maximale en Roumanie (695 décès évitables pour 100 000 habitants en 2021 contre 563 en 2011) et en Slovaquie (585 en 2021 contre 462 en 2011). En France, la mortalité évitable a augmenté de 10 % entre 2019 et 2021 (de 186 à

204 décès pour 100 000 habitants) mais reste inférieure au niveau de 2011 (216 décès pour 100 000 habitants). La France fait mieux que la moyenne des pays de l'UE-27 (+24 % entre 2019 et 2021, de 280 à 348 décès pour 100 000 habitants, contre 330 décès pour 100 000 habitants en 2011), tirée par les pays de l'est de l'Europe.

Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements et à la prévention en 2021, en 2019 et en 2011



Lecture > En France, en 2021, 144 décès pour 100 000 habitants auraient pu être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention, et 60 décès pour 100 000 habitants par des interventions en matière de soins de santé, pour un total de 204 décès évitables pour 100 000 habitants. En 2011 et en 2019, ce ratio s'élevait respectivement à 215 et 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 prévention » ou « par traitement » au sens d'Eurostat

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 issues 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. Le concept de mortalité évitable renvoie à une mortalité prématurée : au-delà de 74 ans, les décès ne sont pas retenus pour le calcul de l'indicateur de mortalité évitable.

Au sens d'Eurostat, au sein des décès enregistrés pour une année donnée, on considère par convention que certains auraient pu être évités par « prévention », c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies et avant que les effets sur la santé ne se produisent ; ou par « traitement », c'est-à-dire après le déclenchement des maladies, grâce notamment au dépistage des maladies à un stade précoce qui permet de prodiguer à temps des soins de santé efficaces pour réduire leur 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 des décès qui peuvent être évités, que ce soit par prévention ou par traitement, ont été inscrites par convention 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 l'insuffisance cardiaque 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.

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

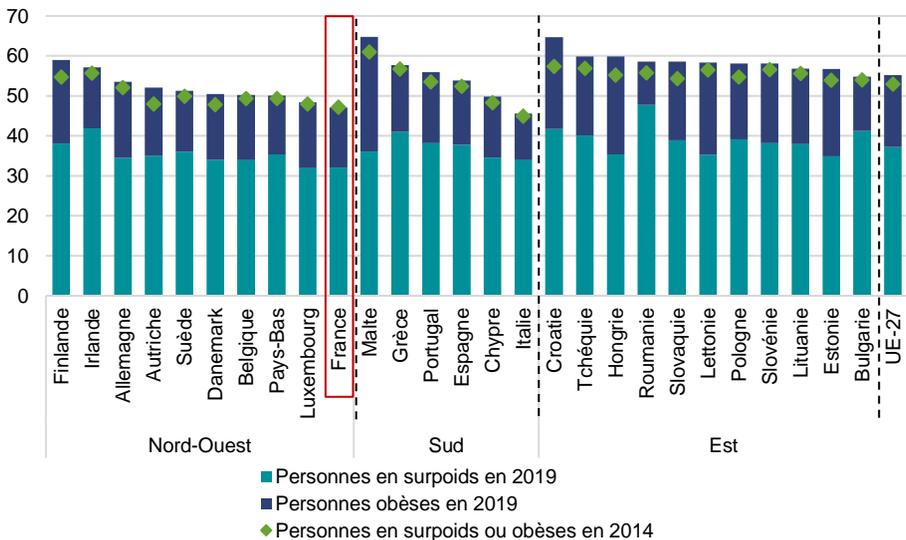
En 2019, 55,2 % de la population des pays de l'UE 27 est en surcharge pondérale¹ (dont 18,0 % d'obèses) [graphique 2]. Les taux les plus élevés de surcharge pondérale sont observés dans les pays de l'est de l'Europe, et en particulier à Malte et en Croatie où plus de 60 % des adultes sont obèses ou en surpoids. À l'inverse, les parts les plus faibles sont observées en Italie (44,9 % dont 11,7 % d'obèses). En France, 47,2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sont en surcharge pondérale (dont 15,0 % d'obèses). 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), à l'exception de la France (-0,1 pp).

Même si leurs effets sont difficilement quantifiables en pratique, 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). Le Nutri-Score² est également utilisé en France (son affichage n'est pas obligatoire, mais est très répandu), en Belgique, en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg ; l'Italie recourt à une alternative, NutriInform (Troy, 2024).

Graphique 2 Part de la population en surpoids ou en obésité, en 2019 et en 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.

Sources > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS), calculs Eurostat.

Le tabagisme recule en 2019 mais reste la première cause de mortalité évitable

En Europe en 2019, 17,6 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument quotidiennement, dont 6,0 % 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). De manière générale, la consommation de tabac est plus

élevée dans les pays de l'est de l'Europe que dans les autres régions. 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 part de fumeurs quotidiens dans la population a toutefois régressé dans la plupart des pays européens, de 19,6 % à 17,6 % en moyenne dans les pays de l'UE-27. Cette baisse s'explique

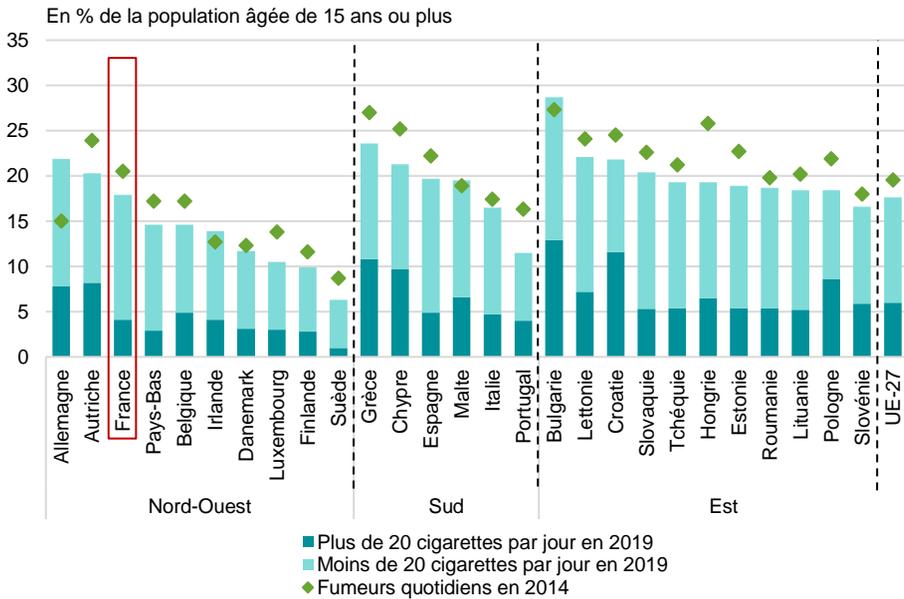
¹ L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport poids/taille² (exprimé en kg/m²). L'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 chez l'adulte. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30. La surcharge pondérale correspond à un IMC supérieur à 25.

² Le Nutriscore est un système d'étiquetage nutritionnel simplifié qui prend la forme d'un logo avec une lettre et une couleur sur une échelle allant de A (vert foncé) à E (rouge), score évalué en fonction de la composition nutritionnelle de l'aliment.

par une intensification des mesures de lutte contre le tabagisme, 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 (e.g. « Mois sans tabac »). En France, la diminution de 2,6 pp entre 2014 et 2019 coïncide avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac en date de 2014 (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 fumeurs quotidiens, en 2019 et en 2014



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), calculs Eurostat.

Consommation d'alcool en Europe : où en sont les Français ?

Dans les pays de l'UE-27, en moyenne 37,2 % de la population consomme de l'alcool hebdomadairement, dont 8,4 % de manière quotidienne (graphique 4). 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 et 34,0 % toutes les semaines sans en consommer tous les jours, pour un total de 43,9 % de Français qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine. Les taux les plus élevés sont observés dans les pays du nord-ouest de l'Europe et dans certains pays du Sud : notamment aux Pays-Bas (55,6 % dont 8,3 % de buveurs quotidiens) et au Luxembourg (52,0 % dont 8,9 % de buveurs quotidiens). Au Portugal, où 42,7 %

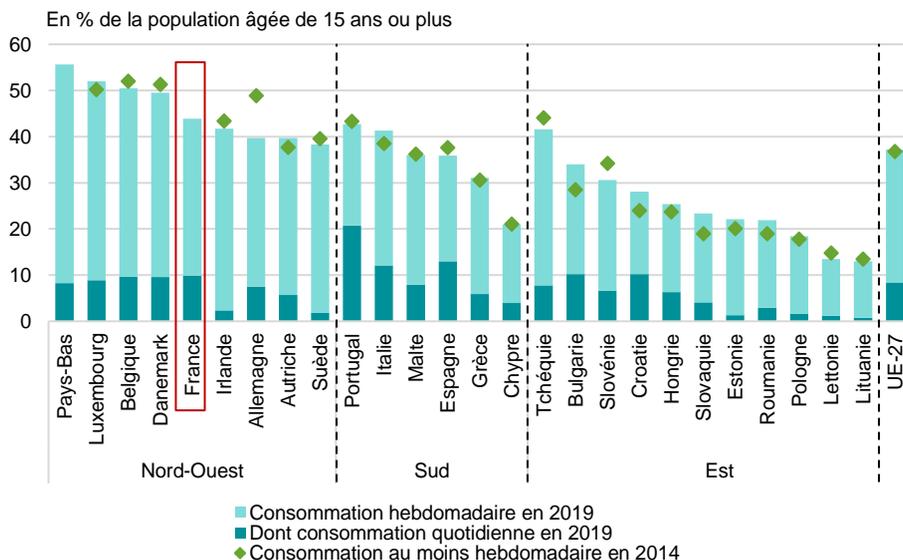
de la population boit de l'alcool au moins hebdomadairement, la part de buveurs quotidiens atteint 20,7 %, le taux le plus élevé d'Europe. En revanche, seulement 13,0 %, 13,5 % et 18,4 % des Lituaniens, des Lettons et des Polonais boivent de l'alcool chaque semaine (dont respectivement 0,8 %, 1,2 % et 1,6 % de buveurs quotidiens respectivement).

Entre 2014 et 2019, la part de la population consommant de l'alcool au moins une fois par semaine a globalement augmenté : elle s'établit à 37,2 % en moyenne dans les pays de l'UE-27 en 2019, contre 36,8 % en 2014 (+0,4 pp). La baisse la plus importante est observée en Allemagne (-9,2 pp entre 2014 et 2019) et l'augmentation la plus importante en Bulgarie (+5,5 pp).

Les politiques publiques de prévention contre 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 hebdomadaire d'alcool, en 2019 et en 2014



Lecture > En France, en 2019, 9,9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment de l'alcool quotidiennement et 34,0 % à un rythme hebdomadaire, pour un total de 43,9 % de français qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine.

Champ > Personnes âgées de 15 ans ou plus.

Source > Eurostat, Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS).

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 celles obtenues 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 est privilégiée pour la comparaison internationale.

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.

En France, les dépenses de prévention sont proches mais inférieures à la moyenne de l'UE-27

Les dépenses de prévention représentent une part très variable de la DCSi selon les pays

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. Notons que le périmètre de la prévention au sens de l'OCDE et de SHA est légèrement différent du concept de prévention utilisé par Eurostat pour définir une partie de la mortalité évitable (encadré 1). Le tableau 1 résume, pour ces six catégories, les définitions et les principales variations entre pays.

En 2022, les dépenses de prévention représentent en moyenne 5,5 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) dans les pays de l'UE-27 (graphique 5). Cette part varie toutefois fortement

entre pays : le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Autriche affichent les niveaux de dépenses de prévention les plus élevés (respectivement 7,8 %, 7,8 % et 7,4 % de la DCSi). À l'inverse, la Slovaquie (2,1 %), la Pologne (1,9 %) et plus généralement les pays de l'est et du sud de l'Europe consacrent une moindre part de leurs dépenses de santé à la prévention. En 2022, cette part atteint 3,9 % en France, qui la situe à un niveau intermédiaire inférieur en Europe, comme la Suède, le Luxembourg, l'Espagne et la Slovénie (3,6 %, 4,6 %, 3,8 % et 4,2 % respectivement).

Certaines dépenses de prévention étant comptabilisées comme des soins curatifs dans certains pays (tableau 1), ces indicateurs sont à considérer avec précaution. À titre d'exemple, l'administration des vaccins – hors Covid-19 – par des professionnels de santé n'est actuellement pas comptabilisée en France comme une dépense de prévention, mais comme des soins curatifs (Gmeinder, *et al.*, 2017). Le coût des vaccins, lui, est toutefois bien comptabilisé dans la prévention.

Tableau 1 Définitions des dépenses de prévention dans SHA

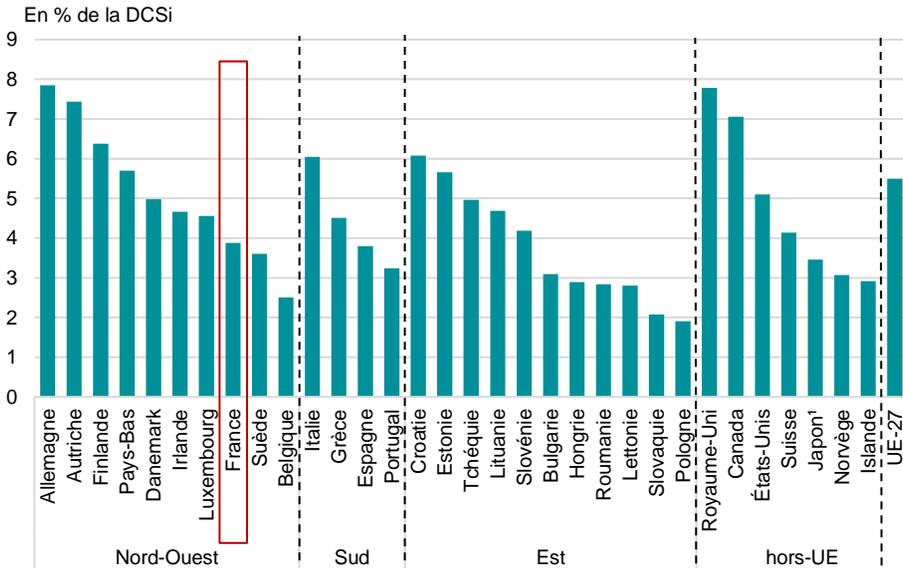
Catégorie	Définition (OCDE, 2011)	Éléments de différence
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	Stratégies, approches et méthodes visant à permettre aux individus de jouer un rôle actif dans le maintien et la protection de leur santé (campagnes d'information)	Cette catégorie inclut uniquement 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 2022

1. Données 2021.

Lecture > En France, en 2022, les dépenses de prévention représentent 3,9 % de la DCSi.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

En moyenne, la prévention individuelle primaire constitue le premier poste des dépenses de prévention

La prévention individuelle – primaire ou secondaire – englobe l'ensemble des actions de prévention ciblées sur les individus et leurs comportements. Elle est dite primaire quand elle intervient avant que les effets sur la santé ne se produisent. Sont classiquement intégrés les programmes de vaccination et les programmes de suivi de l'état de santé des personnes (graphique 6). La prévention individuelle 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 infections sexuellement transmissibles (IST) 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 d'information menés auprès de la population (politiques de prévention des MST, politiques anti-tabagisme, politiques de vaccination).

La prévention individuelle primaire constitue le principal poste de dépense de prévention dans la majorité des pays étudiés (2,7 % des 5,5 % de la DCSi consacrée à la prévention dans les pays de l'UE-27 ;

1,9 % des 3,9 % en France). Elle est particulièrement importante en Finlande (4,1 % des 6,4 %) et en Lettonie (1,8 % des 2,8 %), mais tient une moindre place en Slovaquie (0,2 % des 2,1 %) ou en Suisse (1,3 % des 4,1 %). Les programmes de prévention individuelle primaire se répartissent équitablement entre programmes de vaccination et programmes de suivi de l'état de santé.

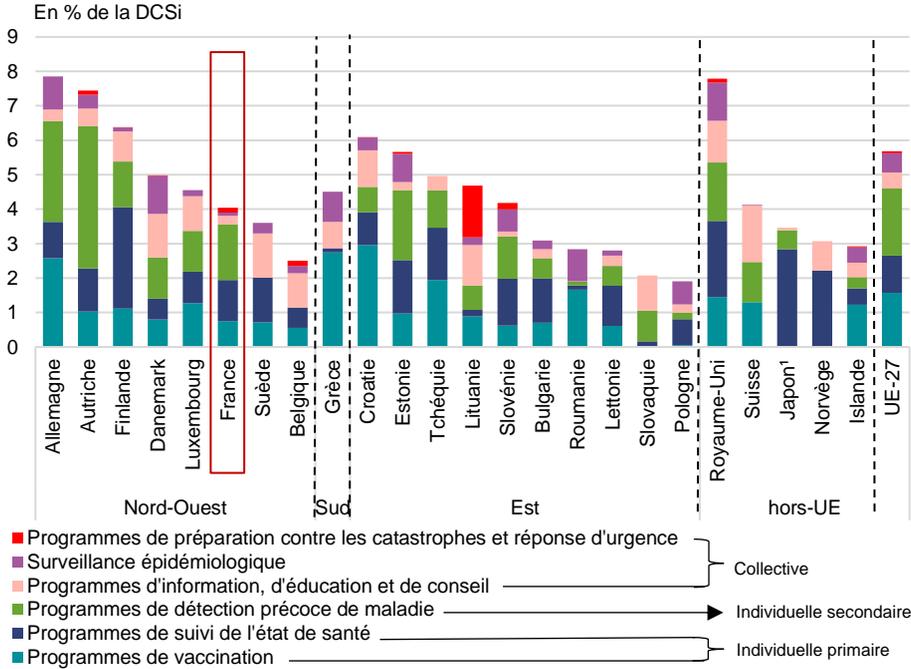
L'intensité de la prévention individuelle secondaire varie fortement d'un pays à un autre : l'Autriche affiche le niveau de dépenses le plus élevé (4,1 % des 7,4 % de la DCSi investis dans la prévention). À l'inverse, la Finlande et la Roumanie consacrent une moindre part de leurs dépenses de prévention 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 Lituanie (2,9 % des 4,7 % de la DCSi dédiée à la prévention) et de la Belgique (1,4 % des 2,5 %). 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.

En France, le poste de prévention principal est celui de la prévention individuelle primaire (1,9 %), principalement dédié aux programmes de suivi de l'état

de santé des patients (1,2 %). L'autre moitié des dépenses de prévention se répartit entre les programmes de dépistage (1,5 %) et les autres formes de prévention collective (0,5 %). ■

Graphique 6 Dépenses de soins préventifs par poste, en 2022



1. Données 2021.

Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée uniquement pour les pays fournissant les détails par poste de prévention. Cela exclut Malte, Chypre, les Pays-Bas, l'Irlande, l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Hongrie.

Lecture > En France, en 2022, les programmes de prévention individuelle primaire représentent 1,9 % des dépenses de santé (1,2 % pour les programmes de suivi de l'état de santé et 0,7 % pour les programmes de vaccination), les programmes de prévention individuelle secondaire représentent 1,5 % des dépenses de prévention et les programmes de prévention collective représentent 0,5 % des dépenses de prévention (0,2 % pour les programmes d'éducation, d'information et de conseil, 0,1 % pour la surveillance épidémiologique et 0,1 % pour les programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence).

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

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.
- > **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 de l'OCDE. Brussels, Belgique: European Observatory of Health Systems and Policies Edition.
- > **OCDE** (2021). *Panorama des dépenses de santé*. Paris, France : Éditions de l'OCDE.
- > **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.
- > **Troy, L. (2024)**. Surpoids et obésité : facteurs de risque et politiques de prévention en France et dans le monde. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 118.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

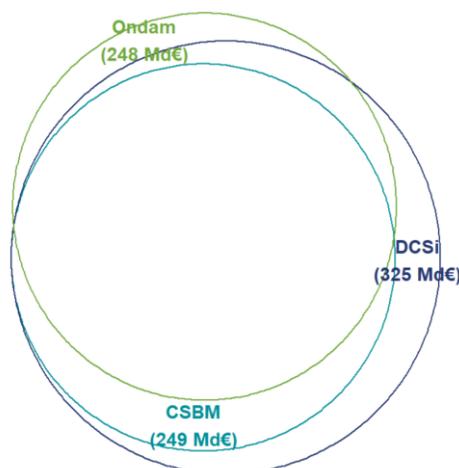
Annexes

Tableaux détaillés

Les agrégats des comptes de la santé

Cette annexe présente les trois grands agrégats utilisés pour mesurer les dépenses de santé en France – la CSBM (249 milliards d'euros en 2023), la DCSi (325 milliards) et l'Ondam (248 milliards) – ainsi que les principales différences de champ entre ces agrégats (schéma 1).

Schéma 1 La CSBM, la DCSi et l'Ondam en 2023



Sources > DREES, comptes de la santé ; Direction de la Sécurité sociale.

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. La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Certains concepts ont été remaniés à l'occasion de l'édition 2024. Ainsi, les médicaments en ambulatoire et les dispositifs médicaux sont regroupés sous une nouvelle catégorie « biens médicaux ». La catégorie « soins ambulatoires » recouvrent désormais uniquement les soins et services de santé réalisés hors hôpital (y compris transports sanitaires). La terminologie « soins de ville » est évitée.

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux consommés lors des séjours) ;
- la consommation de soins ambulatoires, comprenant les soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les analyses de biologie médicale, les soins en cures thermales et transports sanitaires (y rémunérations forfaitaires des professionnels de santé pour l'ensemble de ces postes) ;
- la consommation de biens médicaux en ambulatoire comprenant les médicaments (vendus en officines ou en rétrocession hospitalière) et les dispositifs médicaux (optique médicale, véhicules pour personnes en situation de handicap, audioprothèses, matériels, pansements, etc.).

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 des comptes de la santé. La ventilation des postes affiche ainsi la séparation entre « hôpital » et « ambulatoire », 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 ambulatoires » 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 en comptabilité nationale. Elle exclut également 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 –, le 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 dédoublée 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 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 médicaux et de réadaptation (ex-soins de suite et de réadaptation) en établissement de santé, les actes de rééducation ostéo-articulaire des kinésithérapeutes ou des actes des orthophonistes.

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.

- 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 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 chargés de la santé et des solidarités et des départements (programme « MT 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 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'analyses 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 actrices de la prévention institutionnelle (Santé publique France, Agence de la biomédecine, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), 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 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 2).

Pour le système de financement français, les acteurs sont les suivants :

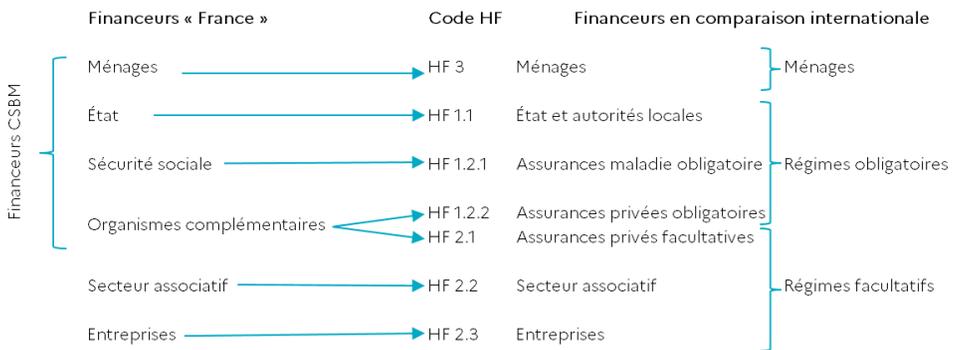
- L'État correspond à la catégorie HF.1.1 (« *government schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « État et autorités locales » dans la mesure où le financement peut être à l'initiative de l'État ou des collectivités locales selon les systèmes nationaux.
- La Sécurité sociale correspond à la catégorie HF.1.2.1 (« *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.

Annexe 1 > Les agrégats des comptes de la santé

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 (financier de la dépense) s'éloigne de la ventilation par secteur institutionnel propre à la comptabilité nationale en introduisant un critère « obligatoire » *versus* « facultatif ». Dans le cas français, ce critère revient, depuis 2017, à séparer le financement des organismes complémentaires en considérant les prestations d'un contrat collectif comme obligatoires et les prestations d'un contrat individuel comme facultatives. En effet, la généralisation des assurances santé complémentaires privées à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013, amène à considérer comme obligatoire et à comptabiliser comme tel, depuis le 1^{er} janvier 2016, une partie du financement précédemment considéré comme facultatif.

Schéma 2 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



Les dépenses dans l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam)

La CSBM et la DCSi sont des agrégats proches mais différents conceptuellement de la mesure des dépenses de santé réalisée dans le cadre du suivi de l'Ondam.

L'Ondam est un objectif de dépenses de santé à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés, publics, et médico-sociaux. Créé par ordonnances du 24 avril 1996, il est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale. Voté par le Parlement, il ne constitue pas un budget mais un indicateur de la maîtrise des dépenses de santé.

Les écarts entre la CSBM, la DCSi et l'Ondam sont de différentes natures. La CSBM et la DCSi incluent l'ensemble des dépenses de santé quel que soit le financeur, tandis que l'Ondam ne prend en compte que les dépenses financées par l'Assurance maladie au titre des dépenses de base. L'Ondam inclut par contre les indemnités journalières, qui sont exclues des comptes de la santé, car relevant d'un revenu de remplacement et non d'une consommation.

Par ailleurs, le champ de l'Ondam n'inclut pas toutes les dépenses enregistrées au sein de la CSBM et de la DCSi : il n'inclut pas la prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie des professionnels de santé conventionnés et les dépenses du fonds d'intervention régionale (partiellement prises en compte dans la CSBM et la DCSi).

Deux autres postes sont concernés par des écarts d'enregistrement comptable entre l'Ondam et les comptes de la santé : les remises pharmaceutiques et les soins hospitaliers du secteur public. Les remises conventionnelles globales calculées sur l'ensemble du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (clause de sauvegarde) sont incluses dans l'Ondam mais pas dans les comptes de la santé. Les dépenses de soins hospitaliers ne sont également pas évaluées identiquement : les comptes de la santé comptabilisent à partir de leurs coûts de production, tandis qu'elles sont enregistrées à partir des financements versés à l'hôpital public dans l'Ondam.

Enfin, les comptes de la santé n'incluent pas toutes les dotations de l'Assurance maladie qui sont incluses dans l'Ondam : elle exclut notamment les dotations à l'Agence nationale de développement professionnel continu, considérées comme des dépenses de formation et non de santé, ainsi que les dotations aux Établissements ou services d'aide par le travail et aux Unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle, considérées comme des dépenses d'insertion professionnelle et non de santé. Ils excluent également la dette du Centre national des soins à l'étranger et les remboursements directs, car les comptes de la santé français ne sont calculés que sur le seul territoire national, et les dépenses d'investissements de l'Ondam, car elles ne financent pas une dépense courante de santé.

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.

Méthodologie d'évaluation de la dépense de santé selon le caractère marchand ou non

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, des biens médicaux 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.
- 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.

Écarts au cadre central des comptes nationaux

La définition de la valeur des biens et services retenue dans les comptes de la santé diffère de celle du cadre central des comptes nationaux.

Le cadre central évalue la consommation au prix facturé y compris les taxes et subventions sur produits, (y compris TVA par exemple). 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 les formes de subventions d'exploitation (subventions à la production) versées aux professionnels ou aux 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.

Le traitement des remises pharmaceutiques diffère également entre le cadre central des comptes nationaux et celui des comptes de la santé. Ces remises (appelées également remises conventionnelles) sont versées directement par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Les montants de ces remises sont encadrés par le code de la Sécurité sociale et définis par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS). Les définitions issues de SHA considèrent que ces 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 payées par l'Assurance maladie et contribuent ainsi à baisser le prix final payé sur certains médicaments et biens médicaux innovants. Ces remises sont versées directement à l'Assurance maladie et sont sans effet sur le prix en officine. Dans les comptes de la santé, la consommation de médicaments est donc valorisée au prix public net des remises conventionnelles. 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 ou un dispositif médical en

particulier et sont donc considérées comme un impôt versé par les laboratoires. Dans le cadre central de la comptabilité nationale, seules les remises dites ATU (autorisation temporaire d'utilisation) sont prises en compte, les autres remises produites étant comptabilisées comme des impôts.

Les remises conventionnelles constituent par ailleurs un pur effet prix intégré dans le calcul de l'indice de prix des biens associés.

Secteur des établissements hospitaliers

Dans les comptes de la santé, la méthodologie de calcul des dépenses de santé dépend notamment du secteur des établissements hospitaliers puisque les soins hospitaliers publics sont assimilés à une production non marchande.

Les établissements hospitaliers du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la grille tarifaire ex-dotation globale (ex-DG).

La majorité des établissements de santé privés à but non lucratif sont financés selon la grille tarifaire ex-DG.

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

- des établissements privés à but lucratif ;
- des établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la grille tarifaire ex-objectif quantifié national (ex-OQN).

Les comptes de la santé détaillent à un niveau relativement fin les soins hospitaliers du secteur privé. Ces derniers comprennent les honoraires des professionnels de santé libéraux exerçant en clinique, les factures établies par les établissements privés (frais de séjour, hospitalisations à domicile, médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus) et leurs rémunérations directes comme les dotations, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ou les incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Ils incluent les soins en établissements privés sans capacité d'hébergement, notamment en centres d'imagerie, en centres de radiothérapie et en centres de dialyse.

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.

Sources pour les biens et services marchands

Depuis cette édition, les comptes de la santé reposent sur les données détaillées du Système national de données de santé (SNDS) pour les soins ambulatoires, les biens médicaux ainsi que les soins en cliniques privées. Un document à paraître dans la collection *DREES Méthodes* détaille cette nouveauté méthodologique. L'annexe 3 de ce Panorama détaille les révisions des comptes de la santé induites.

Le SNDS couvre l'ensemble des dépenses de santé totalement ou partiellement financées par les caisses d'assurance maladie. Cela inclut les dépenses au titre de dispositifs comme la Complémentaire santé solidaire (C2S) ou l'Aide médicale de l'État, dont les versements sont assurés par ces caisses malgré leur financement particulier. Le SNDS est mobilisé par les comptes de la santé pour l'ensemble des régimes d'affiliation, excepté les régimes spéciaux des parlementaires qui en sont absents, et pour la France entière y compris les versements du régime local d'Alsace-Moselle.

Les montants des dépenses de santé issues du SNDS sont ensuite calés sur les montants comptables des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) produits par les différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie, pour chaque poste comptable. Les TCDC, fournis par la Direction de la Sécurité sociale (DSS), permettent également de connaître certaines dépenses des régimes d'assurance maladie qui n'apparaissent pas dans le SNDS, principalement leurs participations aux cotisations sociales des médecins et auxiliaires médicaux.

Pour l'évaluation des dépenses de santé non remboursables par l'Assurance maladie, diverses sources sont utilisées, fournies notamment par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) pour les professionnels non conventionnés, par la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) pour les dépenses de médicaments non remboursables ou par l'association NèreS pour celles de dispositifs médicaux non remboursables et de médicaments achetés sans prescription (automédication).

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les sources disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue, par exemple les actes non remboursables des médecins.

Sources pour les biens et services non marchands

La méthodologie utilisée pour calculer la consommation de soins de santé dans le secteur hospitalier public diffère de celle utilisée notamment pour les soins en ambulatoire, qui relèvent du secteur marchand.

Les données mobilisées sont fournies par l'Insee à partir de remontées financières des établissements collectées par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour le secteur public hors hôpitaux militaires et par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour le secteur privé non lucratif. La dépense en hôpitaux militaires est évaluée, faute d'autres données, à partir du montant de leurs financements.

Ces sources 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).

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.

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 afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

1. Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

Sources pour l'estimation du financement par les organismes complémentaires

L'estimation du financement par les organismes complémentaires est basée sur les états comptables et prudentiels collectés chaque année par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) auprès des organismes d'assurance. Ces états sont transmis à des fins statistiques à la DREES, qui fait des traitements spécifiques pour les comptes de la santé.

Sources pour l'estimation du partage volume-prix

Les indices de prix sont, selon les soins ou biens médicaux, soit fournis par la CNAM soit par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les révisions de l'édition 2024 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. On distingue trois types de révisions : **les révisions liées au caractère provisoire des données, les modifications de champ et les révisions méthodologiques.**

Cette édition a été réalisée avec deux changements majeurs par rapport aux éditions précédentes. Le principal changement est l'utilisation des données détaillées issues du Système national de données de santé (SNDS) pour les soins ambulatoires, les biens médicaux ainsi que les soins en cliniques privées. Ce changement de source permet un enrichissement des comptes : les bases de données du SNDS contiennent pour chaque prestation (consultation, acte technique, achat de médicaments, de pansements, rémunération des professionnels de santé par l'Assurance maladie) des informations détaillées sur le professionnel de santé fournissant la prestation, sur la décomposition du coût afférent (tarif de base de la Sécurité sociale, reste à charge dû au ticket modérateur ou à d'éventuels dépassements d'honoraires), son lieu d'exécution, etc. Le second changement est une amélioration de la qualité des données sur le champ des complémentaires santé, notamment grâce à un traitement optimisé de la non-réponse dans les remontées administratives fournies par ces organismes.

Les révisions présentées dans cette annexe ont été intégrées à la production des comptes sur l'ensemble des chiffres présentés dans ce Panorama, c'est-à-dire pour les années 2013 à 2023. Pour les années 2021 à 2023, les comptes de la santé ont été produits à partir de la méthodologie révisée. Pour les années 2013 à 2020, ils ont été produits par rétropolation statistique des séries.

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 dépenses de soins ambulatoires, de biens médicaux et de soins en cliniques privées proviennent du SNDS mais sont calées sur les montants comptables des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC). Dans la méthodologie révisée comme dans l'ancienne méthodologie, les dépenses par poste des comptes de la santé sont ainsi celles des TCDC.
Les TCDC 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, la dernière année des TCDC (2023 dans la présente édition) intègre des corrections de dépenses ayant trait aux exercices des années précédentes. L'avant-dernière année est révisée (2022 dans la présente édition) car les dépenses réelles se substituent aux provisions. 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 première production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé, les données 2022 et 2023 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2021 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 dépenses des organismes complémentaires sont construites à partir de remontées administratives considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2024 des comptes de la santé, les données 2023 sont provisoires, celles de 2022 et antérieures sont définitives.

Les révisions des dépenses de l'année 2022 liées à l'actualisation des données sont indiquées dans le tableau suivant. La révision globale sur la consommation de soins et de biens médicaux est de +60 millions d'euros, résultant d'une hausse de +214 millions d'euros pour les soins hospitaliers du secteur public et d'une baisse de -153 millions d'euros pour les soins ambulatoires, les biens médicaux et les soins hospitaliers du secteur privé.

Tableau 1 Révisions liées au caractère provisoire des données pour l'année 2022

En millions d'euros	
	Révisions
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur public	214
Soins hospitaliers du secteur privé	-33
Soins ambulatoires	
Soins de médecins généralistes	7
Soins de médecins spécialistes	-10
Soins de sages-femmes	1
Soins infirmiers	-35
Soins des kinésithérapeutes	-30
Soins des orthophonistes	1
Soins des orthoptistes	4
Soins des pédicures-podologues	0
Soins dentaires	25
Activité des laboratoires de biologie médicale	-29
Transports sanitaires	-22
Soins en cures thermales	0
Médicaments en ambulatoire	-58
Optique médicale	9
Dispositifs médicaux hors optique	16
Consommation de soins et de biens médicaux	60

Source > DREES, comptes de la santé.

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, une révision de champ a été intégrée à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2024 des comptes de la santé.

Cette révision de champ est rendue possible grâce au gain de précision lié à l'utilisation du SNDS comme source de données.

Il est désormais possible d'identifier les dépenses d'**aliments sans gluten** remboursés par l'Assurance maladie obligatoire aux personnes intolérantes au gluten. Les critères de SHA indiquent que ces aliments remplissent davantage une fonction d'alimentation qu'une fonction de santé, d'autant qu'ils peuvent être vendus dans des commerces non liés à la santé et qu'il n'y a pas forcément supervision d'un médecin. Ils ne font donc pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). En 2021 et en 2022, les montants ainsi retirés de la CSBM s'élèvent à 3 millions d'euros annuels, précédemment inclus dans la catégorie *Dispositifs médicaux hors optique*.

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>

Il est désormais possible d'identifier, au sein des honoraires de soins des pharmaciens d'officine, l'**activité de vaccination**. Auparavant, seule l'activité de vaccination liée à la pandémie de Covid-19 était estimée. Cette activité ne fait pas partie du champ de la CSBM mais relève de la prévention, donc de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). En 2021 et en 2022, les montants ainsi retirés de la CSBM s'élèvent respectivement à 40 et à 46 millions d'euros annuels, précédemment inclus dans la catégorie *Médicaments en ambulatoire*.

3) Révisions méthodologiques liées à l'utilisation du SNDS

Les révisions liées à l'utilisation du SNDS proviennent du gain de précision obtenu.

a) Meilleure estimation des dépassements

Le « dépassement » est la partie du coût d'un soin remboursable par l'Assurance maladie obligatoire qui dépasse la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Cette dernière correspond au montant reconnu par l'Assurance maladie obligatoire comme remboursable, sur lequel s'applique éventuellement un taux de remboursement. Il existe deux principaux dépassements : les dépassements d'honoraires et la part de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux et sur certains soins dentaires.

L'utilisation du SNDS a permis une meilleure estimation des dépassements dans les cas suivants, précédemment mal identifiés :

- soins en centre de santé, concernant en particulier les soins dentaires en centre dentaire ;
- soins dentaires aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), dont la partie de dépassement est prise en charge par des forfaits de remboursement avec une réglementation spécifique ;
- séjours en hôpitaux du secteur privé ;
- séjours et soins en établissements de cures thermales ;
- médicaments au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), médicaments non génériques dont la BRSS est alignée sur celle de leur générique.

L'utilisation du SNDS a également permis un gain de précision sur les dépassements d'honoraires des professionnels exerçant en cabinet libéral ou en établissements hospitaliers du secteur privé.

L'ensemble de ces révisions modifie le montant de la CSBM de +1 772 millions d'euros en 2022, soit une révision de +0,8 % de la CSBM (*tableau 2*).

Tableau 2 Révisions liées à la meilleure estimation des dépassements sur l'année 2022

En millions d'euros

	Centres de santé	Dentaire C2S	Séjours secteur privé	Cures thermales	Médicaments TFR	Libéral et étab. privés	Total
Soins hospitaliers							
Soins hospitaliers du secteur privé	0	0	260	0	0	53	313
Soins ambulatoires							
Soins de médecins généralistes	1	0	0	0	0	10	11
Soins de médecins spécialistes	3	0	0	0	0	49	52
Soins de sages-femmes	0	0	0	0	0	1	1
Soins des kinésithérapeutes	0	0	0	0	0	5	5
Soins des orthoptistes	0	0	0	0	0	1	1
Soins dentaires	754	584	0	0	0	0	1338
Activité des laboratoires de biologie	0	0	0	0	0	0	0
Soins en cures thermales	0	0	0	26	0	0	26
Médicaments en ambulatoire	0	0	0	0	25	0	25
Consommation de soins et de biens médicaux	758	584	260	26	25	119	1772

Source > DREES, comptes de la santé.

b) Meilleure estimation des dépenses non remboursables

L'utilisation du SNDS a permis de gagner en fiabilité sur l'estimation des dépenses remboursables par l'Assurance maladie. La confrontation de ces dépenses avec des données disponibles sur le revenu des professionnels de santé a occasionné un ajustement de l'estimation de certaines dépenses non remboursables par l'Assurance maladie, même si elles sont hors champ du SNDS. Il s'agit donc d'un gain indirect de la nouvelle méthodologie.

Les dépenses de lentilles de contact, d'actes de pédicurie-podologie, de soins dentaires et de soins hospitaliers du secteur privé ont été ainsi révisées, modifiant la CSBM de -362 millions d'euros en 2022, soit une révision de -0,1 % de la CSBM (tableau 3).

Tableau 3 Révisions liées à la meilleure estimation des dépenses non remboursables par l'Assurance maladie obligatoire sur l'année 2022

En millions d'euros

	Total
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur privé	-228
Soins ambulatoires	
Soins dentaires	-496
Soins des pédicures-podologues	127
Optique médicale	235
Consommation de soins et de biens médicaux	-362

Source > DREES, comptes de la santé.

c) Meilleure estimation des dépenses versées directement aux professionnels de santé

Certaines dépenses de santé comptabilisées dans la CSBM sont versées directement à des professionnels, établissements et structures de santé par les administrations publiques. Elles incluent une grande variété de rémunérations et aides dans le cadre de politiques publiques, notamment les forfaits patientèle médecin traitant, les rémunérations sur objectifs de santé publique ou les indemnisations pour la permanence des soins.

La ventilation par profession des participations de l'assurance maladie obligatoire à certaines cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) est améliorée, grâce à un tableau comptable plus détaillé fourni par la Direction de la Sécurité sociale (DSS).

L'utilisation du SNDS permet de mieux connaître les autres versements directs de l'assurance maladie obligatoire et des agences régionales de santé aux professionnels et établissements. La principale amélioration concerne leur ventilation par profession et par lieu d'exécution. Cette ventilation n'est pas indiquée dans les TCDC, qui constituaient la principale source dans la précédente construction des comptes de la santé.

La révision globale sur la CSBM est limitée à +69 millions d'euros en 2022, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (tableau 4). Les soins hospitaliers du secteur privé et les soins des médecins généralistes et infirmiers sont révisés à la baisse, les soins dentaires et le transport sanitaire à la hausse.

Tableau 4 Révisions liées à la meilleure estimation des versements directs des administrations publiques sur l'année 2022

En millions d'euros

	Cotisations sociales PAM	Autres versements ARS et AMO	Révisions
Soins hospitaliers			
Soins hospitaliers du secteur privé	-83	-37	-120
Soins ambulatoires			
Soins de médecins généralistes	-81	-192	-273
Soins de médecins spécialistes	131	5	136
Soins de sages-femmes	-10	3	-7
Soins infirmiers	-88	15	-73
Soins des kinésithérapeutes	7	1	8
Soins des orthophonistes	1	7	8
Soins des orthoptistes	-1	1	0
Soins des pédicures-podologues	5	2	7
Soins dentaires	111	54	165
Activité des laboratoires de biologie médicale	1	3	4
Transports sanitaires	0	112	112
Soins en cures thermales	0	0	0
Médicaments en ambulatoire	0	87	87
Optique médicale	0	0	0
Dispositifs médicaux hors optique	0	15	15
Consommation de soins et de biens médicaux	-7	76	69

Source > DREES, comptes de la santé.

d) Affectation des médicaments aux professionnels de santé les dispensant

Le SNDS permet d'identifier les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses réalisées par des sages-femmes ou des médecins. Les dépenses afférentes, puisqu'elles relèvent de médicaments, étaient précédemment affectées aux pharmacies en l'absence de détail sur les médicaments dans les données mobilisées pour les comptes de la santé. Dans la nouvelle méthodologie, elles sont affectées à la profession réalisant l'acte (sages-femmes ou médecins) plutôt qu'aux pharmaciens.

La révision sur la CSBM est nulle, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (tableau 5). Le poste *Médicaments en ambulatoire* révisé à la baisse de 10 millions d'euros en 2022.

Tableau 5 Révisions liées à l'affectation des médicaments aux professions sur 2022

En millions d'euros	
	Total
Soins ambulatoires	
Soins de médecins généralistes	3
Soins de médecins spécialistes	4
Soins de sages-femmes	3
Médicaments en ambulatoire	-10
Consommation de soins et de biens médicaux	0

Source > DREES, comptes de la santé.

e) Meilleure connaissance des lieux de réalisation des soins

L'activité des médecins, dentistes et auxiliaires médicaux peut être rattachée à trois principaux lieux d'affectation : les cabinets libéraux, les établissements privés et les centres de santé. La ventilation selon ces trois grands lieux était réalisée selon des clefs élaborées à partir de tableaux statistiques envoyés par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) à la DREES. Dans la nouvelle méthodologie, les lieux sont connus avec précision et de façon plus fine : on peut distinguer par exemple différents types d'établissements privés (établissements de psychiatrie, centres de radiothérapie, etc.). En montants, le principal effet de cette meilleure connaissance porte sur la répartition des honoraires de médecins spécialistes. La part de l'exercice en établissements privés est révisée à la hausse, passant pour l'année 2022 de 36,0 % à 37,5 %.

La révision sur la CSBM est nulle, mais la répartition des dépenses par postes de soins est modifiée (tableau 6). Le poste *Soins de médecins spécialistes* révisé à la baisse de 180 millions d'euros en 2022 et le poste *Soins hospitaliers du secteur privé* à la hausse, du même montant.

Tableau 6 Révisions liées à la répartition des honoraires de spécialistes par lieu en 2022

En millions d'euros	
	Total
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur privé	+180
Soins ambulatoires	
Soins de médecins spécialistes	-180
Consommation de soins et de biens médicaux	0

Source > DREES, comptes de la santé.

f) Amélioration du calcul du ticket modérateur

L'estimation du ticket modérateur, pourcentage de la dépense remboursable restant à la charge des assurés, était construite selon des clefs élaborées à partir de tableaux statistiques envoyés par la CNAM à la DREES. Dans la nouvelle méthodologie, le montant de ticket modérateur est obtenu directement à partir des données du SNDS. Par exemple, le taux de ticket modérateur moyen des médicaments remboursables hors honoraires de dispensation était surévalué d'un point de pourcentage (14 % contre 13 % dans les données de détail). Les révisions les plus importantes concernent les montants de médicaments remboursables et de soins hospitaliers du secteur privé.

La révision sur la CSBM est de -240 millions d'euros en 2022, sur le poste *Médicaments en ambulatoire*.

Tableau 7 Révisions liées à la meilleure estimation du ticket modérateur en 2022

En millions d'euros

	Total
Soins hospitaliers	
Soins hospitaliers du secteur privé	479
Soins ambulatoires	
Soins de médecins généralistes	-60
Soins de médecins spécialistes	-192
Soins de sages-femmes	0
Soins infirmiers	-46
Soins des kinésithérapeutes	-62
Soins des orthophonistes	8
Soins des orthoptistes	-1
Soins des pédicures-podologues	0
Soins dentaires	-100
Activité des laboratoires de biologie médicale	-77
Transports sanitaires	-1
Soins en cures thermales	-5
Médicaments en ambulatoire	-320
Optique médicale	0
Dispositifs médicaux hors optique	10
Consommation de soins et de biens médicaux	-367

Source > DREES, comptes de la santé.

4) Révisions méthodologiques par l'amélioration des données sur les organismes complémentaires

Les états comptables transmis chaque année par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) à la DREES constituent la principale source de données sur le financement des organismes complémentaires dans les comptes de la santé. Pour cette édition 2024, la ventilation des prestations santé entre postes de soins est améliorée. Premièrement, dans l'état FR.14.03, la méthodologie de correction et d'imputation des données en cas de non-réponse partielle ou d'erreur est révisée. Dans ce même état FR.14.03, le calage des dépenses par postes de soins intègre désormais les variations de provisions, en accord avec les principes de la comptabilité nationale. Enfin, les dépenses des organismes complémentaires au titre du forfait patientèle médecin traitant (FPMT) sont maintenant construites à partir de données de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), ce qui permet une meilleure identification que dans l'état FR.14.03.

Ces changements méthodologiques ne jouent pas sur les montants de CSBM : le montant de dépenses de chaque poste de soins reste inchangé. En revanche, ils provoquent une révision de la répartition du financement de cette dépense. En effet, une modification du montant financé par les organismes complémentaires se répercute sur les montants des autres financeurs, en premier lieu sur les ménages.

La nouvelle méthodologie provoque une révision importante sur le financement des soins hospitaliers du secteur public par les organismes complémentaires, à la baisse. Une partie des montants catégorisés comme des prises en charge de forfaits journaliers et de tickets modérateurs sur des séjours en CSBM est reclassée en frais d'hébergements en établissements de soins de longue durée (en DCSi mais hors CSBM) et en suppléments pour chambre particulière (hors DCSi). En 2022, le financement de la CSBM par les organismes complémentaires diminue ainsi de 1,2 milliard d'euros sur les soins hospitaliers du secteur public.

Sur les soins hospitaliers du secteur privé et sur les soins ambulatoires, la prise en charge des organismes complémentaires est revue à la hausse de +385 millions d'euros en 2022, du fait de l'intégration des variations de provisions, qui sont positives notamment pour les dépenses de contrats collectifs.

5) Bilan des révisions

Les tableaux suivants déclinent le montant global de révisions selon les postes de soins d'une part, selon les financeurs d'autre part. Les révisions de données provisoires, les modifications de champ et les changements méthodologiques conduisent à réviser à la hausse le niveau de la CSBM en 2021 et en 2022, de respectivement +684 millions d'euros et +971 millions d'euros (tableau 8).

Le principal facteur de cette révision à la hausse est la meilleure estimation des dépassements (*tableau 2*) pour +1 772 millions d'euros en 2022.

La rétropolation des séries conduit à réviser la CSBM à la hausse sur tout l'historique de 2010 à 2022.

Tableau 8 Synthèse des révisions de la CSBM par poste en 2021 et en 2022

En millions d'euros

	Révisions de la CSBM en 2021	Révisions de la CSBM en 2022
Soins hospitaliers	621	770
Soins hospitaliers du secteur public	104	214
Soins hospitaliers du secteur privé	517	555
Soins ambulatoires	200	196
Soins de médecins généralistes	-246	-260
Soins de médecins spécialistes	-293	-270
Soins de sages-femmes	-5	-8
Soins infirmiers	-115	-200
Soins des kinésithérapeutes	-103	-116
Soins des orthophonistes	-4	-3
Soins des orthoptistes	6	4
Soins des pédicures-podologues	155	134
Soins dentaires	794	876
Activité des laboratoires de biologie médicale	-46	-48
Transports sanitaires	66	96
Soins en cures thermales	-10	-9
Médicaments en ambulatoire	-262	-348
Optique médicale	255	251
Dispositifs médicaux hors optique	-129	102
Consommation de soins et de biens médicaux	684	971

Lecture > Dans l'édition 2024 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 684 millions d'euros pour l'année 2021 par rapport à l'édition 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 9 Synthèse des révisions de la CSBM par année

	Révisions en niveau (en millions d'euros)	Révisions relatives (en %)	Révisions en part du PIB (en points de PIB)	Révisions du taux d'évolution (en points de pourcentage)
2010	1 197	0,69	0,06	.
2011	1 144	0,64	0,06	-0,05
2012	1 274	0,7	0,06	+0,06
2013	1 421	0,77	0,07	+0,07
2014	1 279	0,67	0,06	-0,10
2015	1 325	0,69	0,06	+0,01
2016	1 190	0,60	0,05	-0,08
2017	1 096	0,55	0,05	-0,06
2018	1 257	0,62	0,05	+0,07
2019	1 008	0,49	0,04	-0,14
2020	796	0,38	0,03	-0,11
2021	684	0,30	0,03	-0,08
2022	971	0,41	0,04	+0,11

Lecture > Dans l'édition 2024 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 1 325 millions d'euros pour l'année 2015 par rapport à l'édition 2023, soit une révision de +0,69 %. Par rapport à l'édition 2023, le taux d'évolution de la CSBM entre 2024 et 2015 est révisé, de +0,01 point.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les révisions de données provisoires, les modifications de champ et les changements méthodologiques conduisent à réviser le reste à charge pour les ménages en paiement direct : leur part de financement de la CSBM est révisée à la hausse de 0,6 point en 2021, et de 0,5 point en 2022. Cette révision à la hausse est principalement due aux révisions méthodologiques portant sur les données des organismes complémentaires (OC) ainsi qu'à la révision sur les dépassements (*tableau 2*), principalement financés par les ménages. Par ailleurs, la révision des données OC relatives à la prise en charge des soins hospitaliers a un effet sur la baisse tendancielle de la part financée par les ménages (*graphique 1*). En effet, cette révision conduit, au sein du reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) à l'hôpital, à abaisser la part financée par les OC. Le RAC AMO est financé par les OC et par les ménages ; comme il est déterminé par ailleurs, cette révision à la hausse des OC se traduit par une révision à la baisse des ménages par effet de vase communicant. Le RAC AMO des soins hospitaliers représentant une part moins importante de la CSBM en 2023 (3 %) qu'en 2010 (4 %), cette révision est plus faible sur les années récentes, ce qui explique le rapprochement des deux courbes du *graphique 1*.

Tableau 10 Synthèse des révisions de la CSBM par financeur en 2021 et en 2022

En millions d'euros et en points de pourcentage

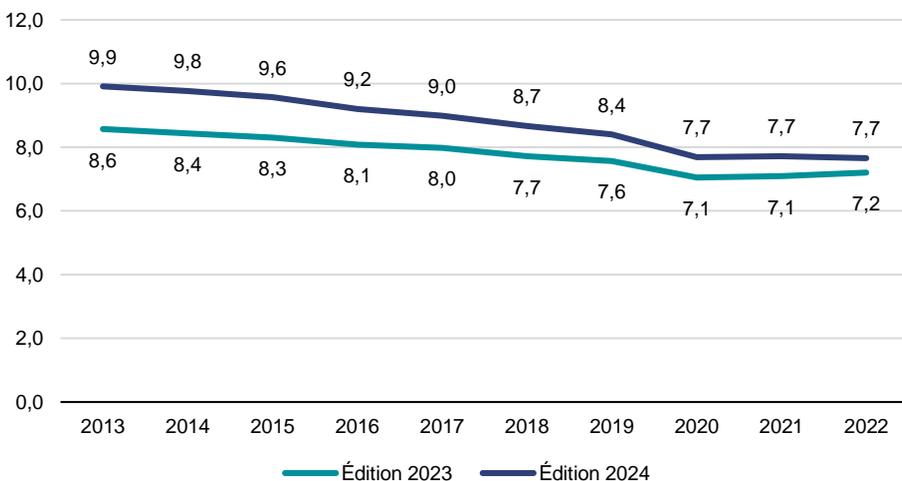
	Révisions CSBM en 2021	Révisions CSBM en 2022	Révisions part financée en 2021	Révisions part financée en 2022
Sécurité sociale	-115	699	-0,3	0,0
État	-144	-235	-0,1	-0,1
Organismes complémentaires	-544	-629	-0,3	-0,3
Ménages	1 487	1 137	+0,6	+0,5
Consommation de soins et de biens médicaux	684	971	0,0	0,0

Lecture > Dans l'édition 2024 de cet ouvrage, la part de la CSBM financée par les organismes complémentaires a été révisée à la baisse de 0,3 point de pourcentage pour l'année 2022 par rapport à l'édition 2023.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Révisions de la part financée par les ménages, de 2013 à 2022

En points de pourcentage



Source > DREES, comptes de la santé.

Le partage volume/prix dans les comptes de la santé

L'un des principaux objectifs des comptes nationaux de la santé (CNS) est de mesurer l'effort que la France consacre à la santé. Pour cela, les CNS fournissent chaque année une estimation détaillée de la valeur des soins et biens médicaux consommés en France. Ces données sont exprimées en valeurs monétaires (en euros). Toutefois, cette première approche des dépenses en valeur n'est pas suffisante pour appréhender pleinement l'évolution des dépenses. En effet, les dépenses en valeur peuvent évoluer à la suite d'une modification des prix (effet prix) ou d'une variation des volumes (effet volume). Les volumes peuvent quant à eux varier en raison d'une modification des quantités consommées (effet quantité) ou de changements de qualité (effet qualité).

La décomposition de l'évolution de la valeur entre celle des volumes et des prix (ou partage volume/prix) cherche à distinguer l'ensemble de ces effets.

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des produits (biens ou services) hétérogènes.

Pour une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction et, d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. Ainsi, pour un produit homogène, la décomposition élémentaire s'écrit en niveau :

$$val(i, t) = vol(i, t) \times prix(i, t)$$

où i désigne le produit homogène considéré et t la date.

Ainsi, l'évolution entre deux dates de la valeur d'un produit déterminé résulte d'une variation des volumes d'une part, d'une variation des prix d'autre part. Le partage volume/prix de la valeur s'obtient en combinant des indices d'évolution, c'est-à-dire des indicateurs qui s'interprètent uniquement en termes d'évolution (et non en niveau) :

$$I^{val}(i, t) = I^{vol}(i, t) \times I^p(i, t)$$

$$\text{avec } I^{val}(i, t) = \frac{val(i, t)}{val(i, t-1)}, I^{vol}(i, t) = \frac{vol(i, t)}{vol(i, t-1)} \text{ et } I^p(i, t) = \frac{prix(i, t)}{prix(i, t-1)}$$

Transcrire à un ensemble de produits (plus ou moins hétérogènes) ce partage effectué pour un produit homogène donné nécessite de définir des modalités d'agrégation. En effet, avec des produits hétérogènes, la somme de volumes physiques ne fait pas sens. Par exemple, un nombre de boîtes de médicaments ne s'additionne pas avec un nombre de séances de dialyse. La comptabilité nationale introduit la notion de « volumes aux prix de l'année précédente » qui somme les volumes élémentaires en les pondérant par les prix de l'année précédente afin de sommer des grandeurs toutes homogènes à des euros de l'année précédente. L'évolution de la valeur d'un ensemble de produits hétérogènes se décompose ainsi entre une variation de volumes au prix de l'année précédente et un effet de prix.

En pratique, la relation fondamentale du partage de la valeur en volume et prix est utilisée de manière équivalente pour déduire l'un des trois facteurs des deux autres : dans la plupart des cas, l'évolution de la valeur et celle de l'indice de prix sont connues, et l'évolution des volumes en est déduite.

La construction des 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 :

$$Val(t) = \sum_i val(i, t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t)$$

L'indice d'évolution de la valeur globale du panier dépend des prix et des quantités des années t et $t-1$:

$$\frac{Val(t)}{Val(t-1)} = \frac{\sum_i val(i, t)}{\sum_i val(i, t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}$$

La logique du partage volume/prix stipule que l'indice (d'évolution) de valeur est aussi le produit entre l'indice (d'évolution) de volume et l'indice (d'évolution) de prix.

Volumes :

Le volume du panier à la date t , défini dans les comptes de la santé comme « aux prix de l'année précédente », est :

$$Vol(t) = \sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)$$

Pour construire un indice d'évolution, il est supposé que le volume et la valeur sont égaux une année de référence, dite année de base. Dans une approche « au prix de l'année précédente », comme dans le présent ouvrage, l'année de référence est toujours l'année précédente.

L'indice d'évolution de volume est un indice dit de Laspeyres :

$$\frac{Vol(t)}{Vol(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{val(i, t-1)}{Val(t-1)} \right) \times \frac{q(i, t)}{q(i, t-1)} \right]$$

L'évolution en volume aux prix de l'année précédente correspond à la somme des évolutions en quantité des biens élémentaires pondérées par le poids dans la valeur à la date précédente.

Prix :

L'indice des prix se déduit de la construction de l'indice de volume ; il prend la forme d'un indice dit de Paasche :

$$\begin{aligned} \frac{P(t)}{P(t-1)} &= \frac{Val(t)/Vol(t)}{Val(t-1)/Vol(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} \times \frac{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t)}{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)} \end{aligned}$$

L'évolution du prix du panier fait intervenir les prix aux deux dates et la quantité uniquement à la date t .

L'indice de prix se définit donc comme une mesure synthétique de l'évolution de prix de biens et services. Celui-ci n'évolue pas comme un prix moyen. En effet, un prix moyen est généralement obtenu en divisant la somme des prix de vente des biens vendus pendant une période donnée par le nombre de ces biens. Sa variation dans le temps peut dépendre non seulement de la variation du prix de chaque bien considéré individuellement mais également par exemple de la variation de la structure des biens vendus. À l'inverse, l'indice de prix mesure la variation du prix des biens d'un panier fixe de biens et services : il a donc pour objectif précis de refléter l'évolution du prix des biens indépendamment de la structure des biens vendus.

Prix-quantité-qualité :

Le partage ci-dessus permet d'agréger différents biens entre eux mais suppose que les biens restent homogènes dans le temps, seuls leurs prix et leurs quantités consommées évoluent. Cette stabilité est rarement constatée, d'autant plus que la plage temporelle est grande ou que le panier est large. Dans ces cas-là, les indices de prix cherchent toujours à mesurer un effet prix « pur » c'est-à-dire à mesurer l'évolution des prix comme si les produits ne changeaient pas. Les indices de prix sont dits « à qualité constante ». En conséquence, l'indice de volume combine deux facteurs : un facteur quantité (parfois appelé « volumes physiques ») et un facteur « qualité ». Par exemple, dans la consommation de voitures, la quantité peut être appréciée par l'évolution du nombre de véhicules vendus, la qualité appréciée par la montée en gamme

(ABS, radar de recul, etc.) et l'évolution du prix comme la dynamique des prix unitaires hors montée en gamme. La comptabilité nationale considère que la qualité peut être définie à partir des facteurs suivants :

- une amélioration ou dégradation de la qualité intrinsèque des produits ou services consommés ;
- un changement de la structure de consommation à prix inchangés ;
- une modification des circuits de distribution.

Il ne faut pas confondre le concept de qualité tel que défini en comptabilité nationale avec la mesure de la qualité thérapeutique des soins, par exemple définie par l'Institut de médecine des États-Unis comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Le concept de qualité de la comptabilité nationale peut se voir comme une propension à payer plus grande, que cette propension soit ou non (à tort ou à raison) scientifiquement justifiée.

La notion de volume au niveau agrégé est donc plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité. Si le partage de la valeur en volume et prix est bien établi dans les comptes de la santé, le partage du volume en quantité et qualité est un axe de développement méthodologique embryonnaire.

En pratique, l'indice de volume peut également se définir comme le rapport entre l'indice de valeur et l'indice de prix. L'effet qualité peut également s'interpréter comme la part de la dynamique des volumes inexpliquée par la dynamique des quantités.

Les indices de prix du secteur hospitalier

Le prix des soins hospitaliers publics

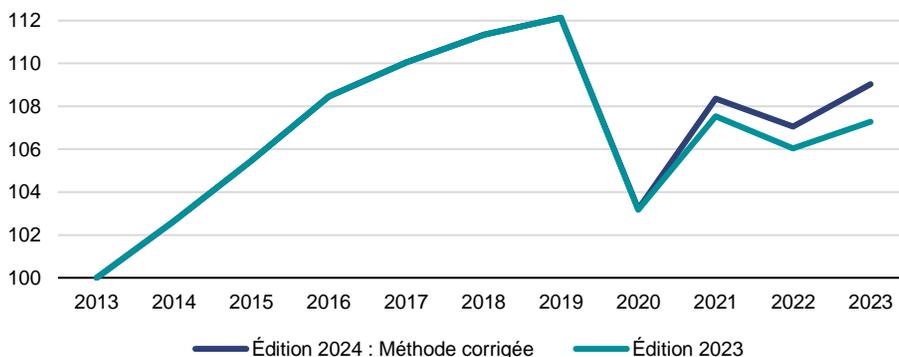
Les soins hospitaliers publics sont considérés comme des services non marchands¹. Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc déduit par une mesure directe du volume de service fourni par les établissements de santé publics (méthode *output* à partir des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'ATIH).

Depuis l'édition 2022 des comptes de la santé, 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. Une erreur de mise en œuvre de la méthode de calcul des données fournies a entraîné une sous-évaluation de la réanimation, ce qui a contribué à une sous-estimation du volume des activités hospitalières à partir de 2021. Compte tenu des fortes augmentations des tarifs des réanimations ces dernières années, la correction de cette erreur implique d'importantes révisions de l'estimation de l'évolution en volume, à hauteur de +0,8 point en 2021, +1,3 point en 2022 (*graphique 1*).

¹ Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs (*annexe 2*).

Graphique 1 Volume d'activité en MCO pour l'hôpital public

Base 100 en 2013



Sources > CNAM, ATIH ; calculs DREES.

La méthode pour le partage volume-prix sur le champ de la psychiatrie (PSY) et des soins médicaux et de réadaptation (SMR) diffère pour l'année n-1 par rapport aux années précédentes, car tous les établissements n'ont pas encore transmis leurs données pour l'ensemble de l'année. Pour les données provisoires, la méthode consiste à utiliser le nombre total de séjours fourni par les établissements ayant répondu. L'évolution en volume est ensuite calculée en comparant les données des établissements présents durant les deux périodes. Le partage volume-prix est ensuite révisé dans l'édition suivante après récupération des données manquantes.

Le prix des soins en cliniques privées

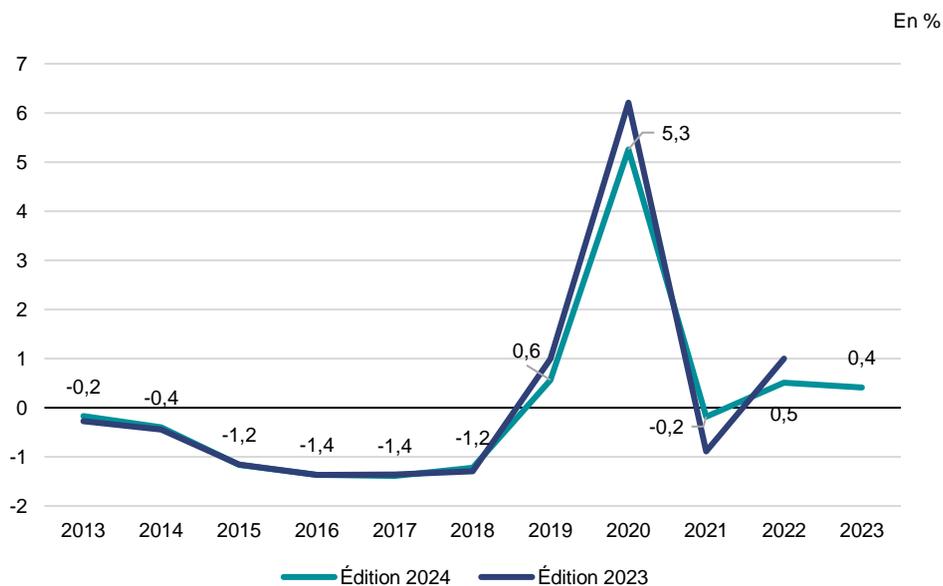
À la différence du secteur public, la croissance en volume pour les cliniques privées se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de la composition d'indices élémentaires fournis par la CNAM sur la part 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 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.

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 ayant fait l'objet d'une labellisation par l'Autorité de la statistique publique (ASP), elle relève, au même titre que l'IPC, de la production statistique publique.

En raison de révisions des données sources et de reclassements liés au dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA), l'indice de prix des soins en cliniques privées révisé entre les éditions 2023 et 2024 (de - 0,4 point pour l'année 2019 à +0,7 point pour l'année 2021) (*graphique 2*).

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.

Graphique 2 Taux de croissance du prix des soins en cliniques privées

Source > DREES, comptes de la santé.

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. 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 n'est disponible qu'à partir de 2019 ; sur les années antérieures, l'indice de prix a été rétroposé 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.

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

La CNAM produit 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.

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.

À partir de l'édition 2023 des comptes de la santé, 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.

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, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

Le prix des soins de sages-femmes

Le partage volume-prix des soins de sages-femmes est réalisé depuis l'édition 2023 sur la base de l'indice de prix de la CNAM calculé spécifiquement sur les actes de sages-femmes.

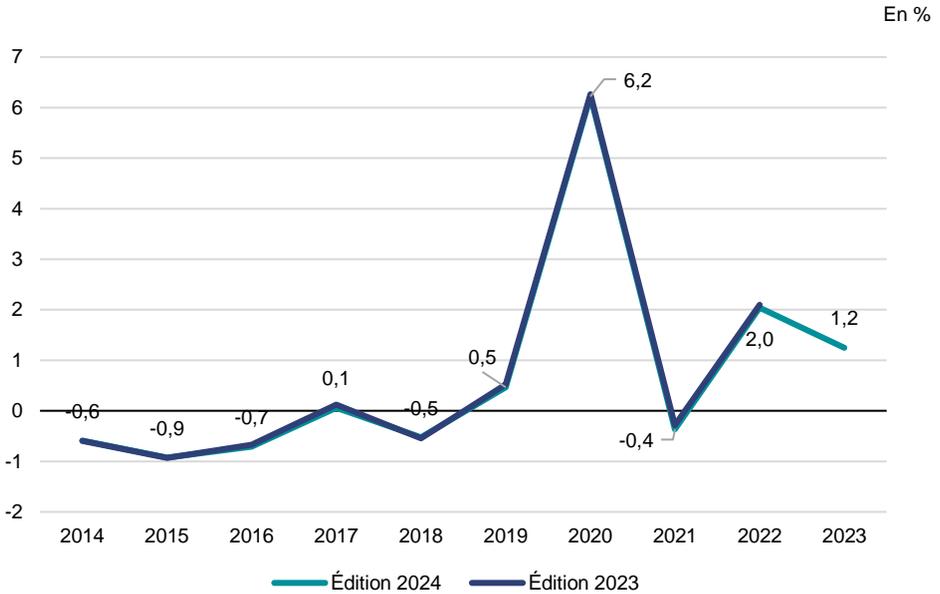
Le prix des soins des dentistes

Les indices de prix élaborés par la CNAM retracent plus précisément les évolutions de prix consécutives à l'implémentation du 100 % santé.

Synthèse : révision du partage volume-prix de la CSBM

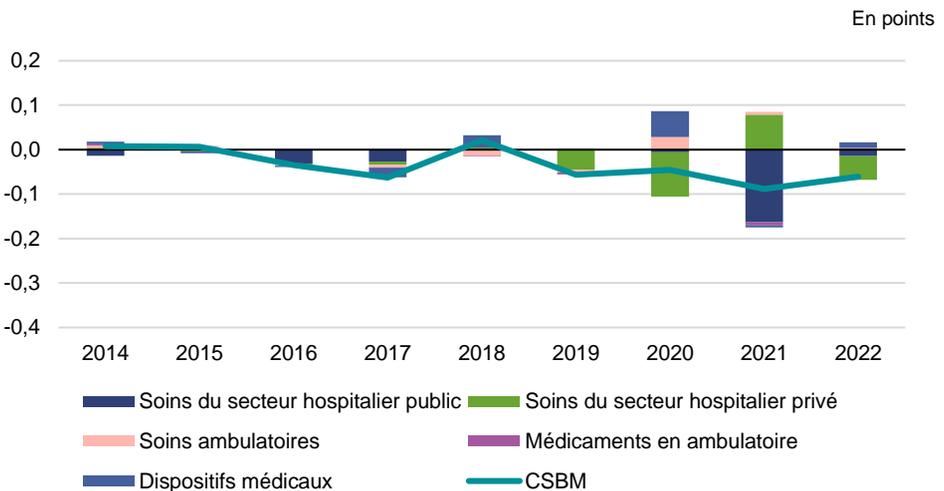
Les révisions du déflateur de la CSBM sont contenues entre -0,1 et +0,1 point (graphique 2). Ces révisions, plus marquées en 2020 et 2021, s'expliquent par les révisions sur le volume de l'hôpital public décrit précédemment (graphique 4).

Graphique 3 Taux de croissance du déflateur de la CSBM



Source > DREES, comptes de la santé.

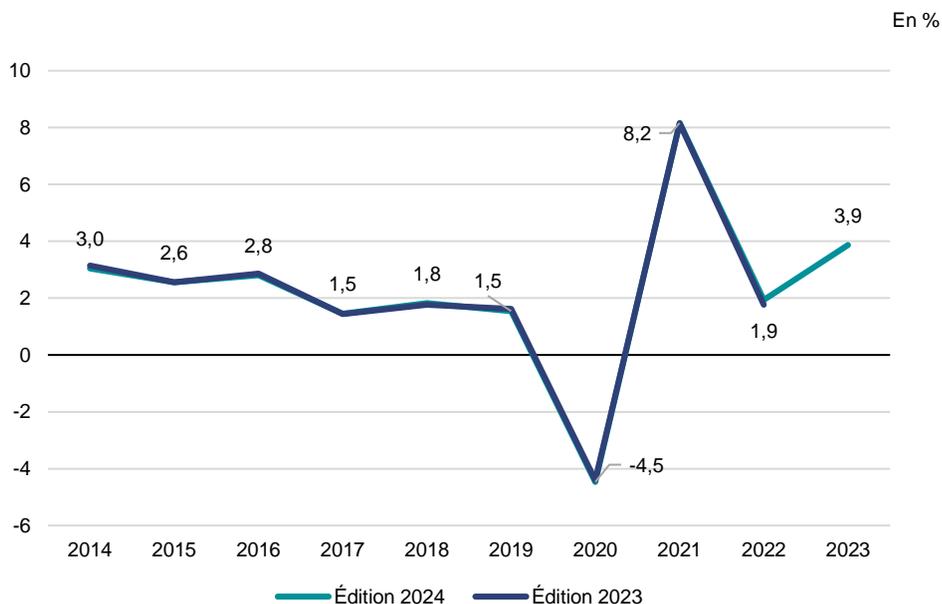
Graphique 4 Contributions à la révision du taux de croissance du déflateur de la CSBM entre les éditions 2023 et 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

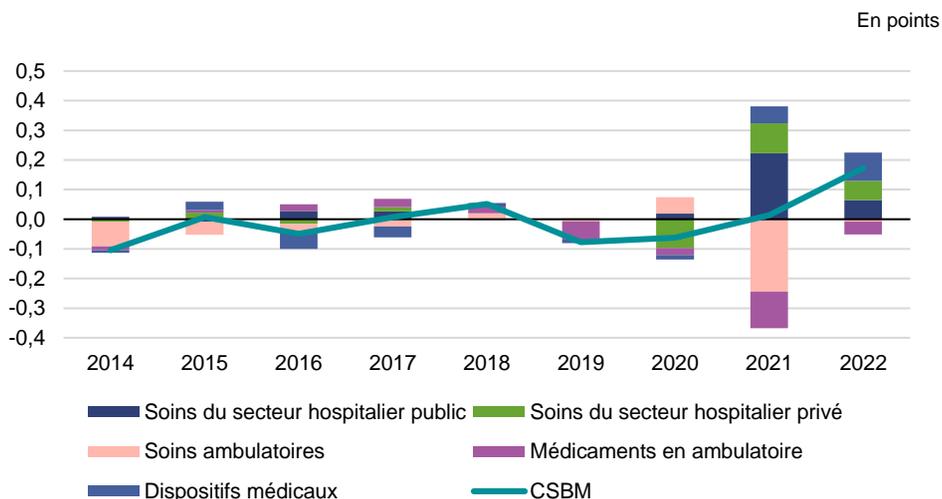
Comme pour le déflateur, les révisions du taux de croissance de la CSBM en volume sont limitées : entre -0,1 point et +0,1 point chaque année (graphique 5). Malgré une faible révision totale, les révisions au sein des postes proviennent essentiellement d'effet de composition (graphique 6).

Graphique 5 Taux de croissance de la CSBM en volume



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 6 Contributions à la révision du taux de croissance de la CSBM en volume entre les éditions 2023 et 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : automatisation des listes
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

B

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

C

CAHT et **CATTC** : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
Camieg : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

CEPS : Comité économique des produits de santé
CGOS : Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie (remplace la CNAMTS à partir de 2018)
CNETh : Conseil national des exploitants thermaux
CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : comptes nationaux de la santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPS : comptes de la protection sociale
CRP : centre de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance
C2S : complémentaire santé solidaire

D

DCSi : dépense courante de santé au sens international
DCIR : datamart de consommation interrégimes
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
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
FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
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
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
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 dispositifs 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

NèreS : Nouvelle ère de santé (association de laboratoires pharmaceutiques de premier recours)

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
PAM : praticiens et auxiliaires médicaux
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 : 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)

SMR (ex-SSR) : soins médicaux et de réadaptation (ex-soins de suite et de réadaptation)

SMUR : service médical d'urgence

SNDS : Système national des données de santé

Sniiram : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie

SpF : Santé publique France, nom donné à l'agence nationale de santé publique

Ssiad : services de soins infirmiers à domicile

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-27 : les 27 États membres actuels de l'Union européenne

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle

UFR : unité de formation et de recherche

Uncam : Union nationale des caisses d'Assurance maladie

Urssaf : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour personnes handicapées physiques

VSL : véhicule sanitaire léger

Les différents pays analysés sont représentés dans le rapport par les sigles internationaux suivants.

Union européenne des Vingt-Sept :

DE	Allemagne
AT	Autriche
BE	Belgique
BG	Bulgarie
CY	Chypre
HR	Croatie
DK	Danemark
ES	Espagne
EE	Estonie
FI	Finlande
FR	France
EL	Grèce
HU	Hongrie
IE	Irlande
IT	Italie
LV	Lettonie
LT	Lituanie
LU	Luxembourg
MT	Malte
NL	Pays-Bas
PL	Pologne
PT	Portugal
RO	Roumanie
SK	Slovaquie
SI	Slovénie
SE	Suède
CZ	Tchéquie

Autres pays de l'OCDE :

CA	Canada
US	États-Unis
IS	Islande
JP	Japon
NO	Norvège
UK	Royaume-Uni
CH	Suisse

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 (C2S)

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 C2S a remplacé la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019. La C2S 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 1.

Dépenses de consommation finale des ménages

Comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques

Recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéficiaire 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.

Données de consommation interrégimes (DCIR)

Base de données du SNDS qui permet de réaliser des études et des statistiques sur les soins qui ont été réalisés en ville et présentés au remboursement de l'Assurance Maladie. Ces soins peuvent également être chaînés aux bases du PMSI et serviront à reconstituer le parcours de soins ville-hôpital des patients. Le DCIR sert également à connaître l'activité des professionnels de santé libéraux ou à réaliser des études sur les pathologies. Les causes de décès peuvent également être utilisées à cet effet, conjointement avec les données du DCIR.

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 (0,50 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,50 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-27 (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 médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information.

Il comporte 4 « champs » :

- Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)
- Soins de suite ou de réadaptation (SSR)
- Psychiatrie sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie)
- Hospitalisation à domicile (HAD)

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 audiologie : les assurés peuvent bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés avec une diminution de leur reste à charge de 200 euros par appareil en 2019, puis 250 euros en 2020 et un remboursement total sans reste à charge en 2021.
- 100 % santé dentaire : en parallèle de la mise en place du panier 100 % santé, des modifications tarifaires sont mises en place pour réorienter

l'activité des chirurgiens-dentistes vers davantage de prévention et de soins courants dits conservateurs. Ainsi, les tarifs de base de remboursement par la Sécurité sociale de certains soins conservateurs ont été revalorisés au 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 également annexe 2.*

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 rénovée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire Adeli depuis novembre 2011.

Rétrocession

La rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France

Établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la santé, l'Agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 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 courants

Les soins courants regroupent les soins de base fournis par les professionnels de santé et incluent des consultations et actes médicaux curatifs ou de réadaptation, par opposition aux soins de longue durée.

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 ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Analyses complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés



Tableau 1 La consommation de soins et de biens médicaux à prix courants (en valeur)

En millions d'euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Soins hospitaliers	87 395	89 636	91 002	92 893	94 467	95 670	97 653	103 300	110 697	115 530	122 148
Soins hospitaliers publics	66 805	68 494	69 603	70 978	72 239	73 013	74 506	79 797	85 020	88 914	93 738
Soins hospitaliers privés	20 590	21 141	21 399	21 915	22 228	22 657	23 147	23 502	25 677	26 616	28 410
Soins ambulatoires	53 674	54 946	56 510	58 151	59 280	60 548	62 181	60 212	66 072	68 365	72 248
Soins de médecins généralistes	9 481	9 657	9 761	9 974	10 044	10 296	10 386	10 027	10 193	10 575	10 739
Soins de médecins spécialistes	10 737	11 025	11 378	11 645	11 901	12 146	12 527	12 331	13 345	13 929	14 854
Soins de sages-femmes	231	258	289	314	338	367	416	445	508	543	586
Soins infirmiers	6 254	6 637	7 072	7 331	7 556	7 863	8 203	8 886	9 148	9 285	9 606
Soins de kinésithérapeutes	4 939	5 196	5 397	5 608	5 739	5 881	6 095	5 426	6 440	6 655	7 228
Soins d'orthophonistes	904	945	984	1 022	1 049	1 076	1 129	958	1 137	1 150	1 253
Soins d'orthoptistes	118	123	129	134	140	186	238	251	311	353	390
Soins de pédicure	175	180	185	188	191	196	201	198	210	200	224
Soins dentaires	11 859	11 834	12 018	12 318	12 478	12 603	12 970	12 307	14 272	14 701	15 473
Laboratoires d'analyses	4 301	4 280	4 283	4 386	4 421	4 393	4 524	4 458	4 643	4 567	4 782
Cures thermales	340	351	359	375	382	382	368	124	222	302	350
Transports sanitaires	4 334	4 461	4 655	4 856	5 041	5 159	5 123	4 802	5 645	6 105	6 763
Biens médicaux	45 692	46 727	46 883	47 401	47 700	47 820	48 317	47 708	50 843	52 852	54 569
Médicaments remboursables	28 614	29 143	28 670	28 738	28 884	28 230	28 159	27 528	28 491	29 822	3 0763
Médicaments non remboursables	2 967	2 863	2 823	2 817	2 755	2 814	2 577	2 312	2 355	2 598	2 652
Optique	6 266	6 357	6 541	6 445	6 328	6 585	7 091	6 427	7 512	7 524	8 124
Audioprothèses	841	899	984	1 053	1 126	1 220	1 224	1 239	2 021	1 974	2 032
Prothèses et orthèses	1 366	1 453	1 550	1 655	1 725	1 806	1 895	1 796	2 052	2 122	2 337
Véhicules pour personnes handicapées physiques	370	385	396	408	431	463	527	485	548	569	601
Matériel et consommables	5 268	5 627	5 919	6 286	6 450	6 703	6 845	7 922	7 864	8 244	8 060
Consommation de soins et de biens médicaux	186 760	191 309	194 395	198 445	201 447	204 038	208 151	211 220	227 611	236 747	248 964

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux à prix courants (en valeur)

En %

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Soins hospitaliers	2,6	1,5	2,1	1,7	1,3	2,1	5,8	7,2	4,4	5,7
Soins hospitaliers publics	2,5	1,6	2,0	1,8	1,1	2,0	7,1	6,5	4,6	5,4
Soins hospitaliers privés	2,7	1,2	2,4	1,4	1,9	2,2	1,5	9,3	3,7	6,7
Soins ambulatoires	2,4	2,8	2,9	1,9	2,1	2,7	-3,2	9,7	3,5	5,7
Soins de médecins généralistes	1,9	1,1	2,2	0,7	2,5	0,9	-3,5	1,7	3,8	1,6
Soins de médecins spécialistes	2,7	3,2	2,4	2,2	2,1	3,1	-1,6	8,2	4,4	6,6
Soins de sages-femmes	11,5	12,1	8,7	7,5	8,6	13,6	6,9	14,1	7,0	7,8
Soins infirmiers	6,1	6,5	3,7	3,1	4,1	4,3	8,3	2,9	1,5	3,5
Soins de kinésithérapeutes	5,2	3,9	3,9	2,3	2,5	3,6	-11,0	18,7	3,3	8,6
Soins d'orthophonistes	4,5	4,2	3,8	2,7	2,5	4,9	-15,1	18,7	1,1	9,0
Soins d'orthoptistes	4,5	4,6	4,3	4,2	32,6	28,4	5,5	23,6	13,6	10,5
Soins de pédicure	2,6	2,7	1,6	1,7	2,5	2,6	-1,8	6,2	-4,8	12,1
Soins dentaires	-0,2	1,6	2,5	1,3	1,0	2,9	-5,1	16,0	3,0	5,3
Laboratoires d'analyses	-0,5	0,1	2,4	0,8	-0,6	3,0	-1,5	4,2	-1,6	4,7
Cures thermales	3,1	2,5	4,3	1,9	0,1	-3,7	-66,4	79,1	36,4	16,0
Transports sanitaires	2,9	4,3	4,3	3,8	2,3	-0,7	-6,3	17,5	8,2	10,8
Biens médicaux	2,3	0,3	1,1	0,6	0,3	1,0	-1,3	6,6	4,0	3,2
Médicaments remboursables	1,8	-1,6	0,2	0,5	-2,3	-0,3	-2,2	3,5	4,7	3,2
Médicaments non remboursables	-3,5	-1,4	-0,2	-2,2	2,1	-8,4	-10,3	1,9	10,3	2,1
Optique	1,5	2,9	-1,5	-1,8	4,1	7,7	-9,4	16,9	0,2	8,0
Audioprothèses	6,9	9,5	7,0	7,0	8,3	0,4	1,2	63,1	-2,3	3,0
Prothèses et orthèses	6,4	6,7	6,8	4,2	4,7	4,9	-5,2	14,3	3,4	10,1
Véhicules pour personnes handicapées physiques	3,8	3,0	2,9	5,6	7,5	13,7	-8,0	13,1	3,8	5,6
Matériel et consommables	6,8	5,2	6,2	2,6	3,9	2,1	15,7	-0,7	4,8	-2,2
Consommation de soins et de biens médicaux	2,4	1,6	2,1	1,5	1,3	2,0	1,5	7,8	4,0	5,2

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Évolution annuelle des indices de prix de la consommation de soins et de biens médicaux

En %

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Soins hospitaliers	0,3	-0,6	-0,3	0,6	0,1	1,7	13,4	2,8	4,6	2,8
Soins hospitaliers publics	0,6	-0,4	0,1	1,2	0,6	2,1	16,0	3,7	5,9	3,6
Soins hospitaliers privés	-0,4	-1,2	-1,4	-1,4	-1,2	0,6	5,3	-0,2	0,5	0,4
Soins ambulatoires	0,2	0,5	0,0	1,0	0,7	1,1	3,1	-0,7	1,0	1,1
Soins de médecins généralistes	0,2	0,5	0,2	4,9	2,9	0,0	2,1	-1,6	0,5	1,4
Soins de médecins spécialistes	0,2	0,5	0,4	1,4	1,9	1,0	4,5	-2,7	1,8	1,6
Soins de sages-femmes	0,5	0,0	0,4	0,1	0,0	3,8	2,1	-0,6	1,3	3,8
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	2,8	1,1	0,7	0,2
Soins de kinésithérapeutes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	2,4	-2,2	0,1	0,0
Soins d'orthophonistes	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,0	1,2	-0,7	0,4	2,5
Soins d'orthoptistes	0,0	0,0	0,0	0,2	22,9	16,9	0,6	-0,6	0,0	0,1
Soins de pédicure	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Soins dentaires	0,7	1,1	0,0	0,0	-0,1	3,1	5,7	0,9	1,2	0,8
Laboratoires d'analyses	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6	-3,6	-2,8	1,9
Cures thermales	1,8	1,2	2,8	1,2	-0,5	0,5	1,3	1,3	1,5	3,2
Transports sanitaires	1,5	1,3	0,1	0,2	0,7	1,4	0,5	2,7	4,7	1,8
Biens médicaux	-3,2	-3,1	-2,5	-2,1	-3,4	-2,7	-3,2	-6,2	-2,0	-2,0
Médicaments remboursables	-5,3	-4,9	-3,7	-3,6	-5,7	-4,4	-7,4	-3,7	-3,8	-5,2
Médicaments non remboursables	0,6	0,8	0,5	2,5	-0,6	-4,7	0,2	1,5	1,8	5,3
Optique	0,7	-0,4	-0,6	0,1	1,1	0,5	0,6	0,4	0,8	2,4
Audioprothèses	-0,1	-0,2	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3	-2,9	-0,1	1,3
Prothèses et orthèses	0,0	-0,3	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3	-2,9	-0,1	1,3
Véhicules pour personnes handicapées physiques	0,2	-0,2	1,5	-0,1	0,0	0,1	-0,3	0,3	0,0	0,3
Matériel et consommables	0,3	-0,4	-0,9	-0,3	-0,1	0,8	8,6	-21,8	0,5	2,5
Consommation de soins et de biens médicaux	-0,6	-0,9	-0,7	0,1	-0,5	0,5	6,2	-0,4	2,0	1,2

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux (en volume)

En millions d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Soins hospitaliers	2,2	2,2	2,3	1,1	1,1	0,4	-6,7	4,3	-0,2	2,8
Soins hospitaliers publics	2,0	2,1	1,9	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,8
Soins hospitaliers privés	3,1	2,4	3,8	2,9	3,2	1,6	-3,5	9,5	3,1	6,3
Soins ambulatoires	2,1	2,4	2,9	0,9	1,4	1,6	-6,0	10,6	2,4	4,5
Soins de médecins généralistes	1,7	0,6	1,9	-4,0	-0,3	0,9	-5,4	3,3	3,2	0,2
Soins de médecins spécialistes	2,5	2,7	1,9	0,8	0,1	2,1	-5,8	11,2	2,6	4,9
Soins de sages-femmes	11,0	12,1	8,3	7,3	8,5	9,4	4,7	14,7	5,6	3,8
Soins infirmiers	6,1	6,5	3,7	3,0	3,8	4,0	5,3	1,9	0,8	3,3
Soins de kinésithérapeutes	5,2	3,9	3,9	2,3	2,1	2,9	-13,1	21,3	3,2	8,6
Soins d'orthophonistes	4,5	4,2	3,8	2,7	0,4	2,9	-16,1	19,6	0,7	6,3
Soins d'orthoptistes	4,5	4,6	4,3	4,0	7,9	9,8	4,9	24,3	13,6	10,4
Soins de pédicure	1,4	2,7	1,6	1,7	2,5	2,6	-1,8	6,2	-4,8	12,1
Soins dentaires	-0,9	0,5	2,5	1,3	1,1	-0,2	-10,2	14,9	1,8	4,4
Laboratoires d'analyses	1,2	0,8	4,1	2,4	3,7	4,1	-0,9	8,1	1,2	2,8
Cures thermales	1,2	1,3	1,5	0,7	0,6	-4,2	-66,9	76,8	34,4	12,4
Transports sanitaires	1,5	3,0	4,2	3,5	1,6	-2,0	-6,7	14,5	3,3	8,8
Biens médicaux	5,7	3,6	3,6	2,8	3,7	3,8	2,0	13,6	6,0	5,3
Médicaments remboursables	7,5	3,5	4,1	4,3	3,7	4,3	5,6	7,5	8,9	8,8
Médicaments non remboursables	-4,1	-2,1	-0,7	-4,5	2,8	-3,9	-10,4	0,4	8,4	-3,1
Optique	0,7	3,3	-0,9	-1,9	2,9	7,2	-9,9	16,4	-0,6	5,5
Audioprothèses	6,9	9,7	7,8	7,4	8,2	0,7	2,5	67,9	-2,3	1,6
Prothèses et orthèses	6,4	6,9	7,6	4,6	4,6	5,2	-4,0	17,7	3,5	8,7
Véhicules pour personnes handicapées physique	3,6	3,3	1,4	5,7	7,5	13,6	-7,7	12,8	3,8	5,3
Matériel et consommables	6,5	5,6	7,1	2,9	4,0	1,3	6,6	27,0	4,4	-4,6
Consommation de soins et de biens médicaux	3,0	2,6	2,8	1,5	1,8	1,5	-4,5	8,2	1,9	3,9

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 La dépense courante de santé au sens international à prix courants
(en valeur)

En millions d'euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Consommation de soins et de biens médicaux	186 760	191 309	194 395	198 445	201 447	204 038	208 151	211 220	227 611	236 747	248 964
Hors consommation de soins et de biens médicaux	56 724	58 181	58 874	59 884	61 039	62 418	63 641	70 086	79 606	77 357	76 175
Soins de longue durée	36 426	37 740	38 517	39 372	40 484	41 461	42 805	45 636	47 690	49 491	52 569
Prévention institutionnelle	5 533	5 494	5 459	5 443	5 374	5 619	5 665	9 272	16 515	12 175	7 516
Gouvernance	14 766	14 947	14 898	15 070	15 181	15 339	15 172	15 178	15 401	15 691	16 090
Dépense courante de santé au sens international	243 484	249 489	253 268	258 329	262 486	266 456	271 793	281 306	307 217	314 104	325 139

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2023

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2024

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2023 – Édition 2024* offre un panorama détaillé des dépenses de santé en France en 2023. Cette année se caractérise par une accélération de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) qui augmente de 3,5 % en 2023 après +2,2 % en 2022, en dépit de la chute des dépenses de prévention liées au reflux de l'épidémie de Covid-19. L'accélération de la DCSi s'explique par la forte croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui rassemble les soins hospitaliers et ambulatoires hors prévention ainsi que les biens médicaux. La CSBM augmente de 5,2 % en 2023, soit deux fois et demie plus fortement qu'en 2022 (+2,2 %) ou avant la crise sanitaire (+2,0 % en moyenne par an de 2010 à 2019). L'année 2023 est marquée, comme en 2022, par le dynamisme du prix des soins hospitaliers et de la consommation de certains médicaments innovants. À ces effets s'ajoutent, en 2023, le rebond du volume de soins hospitaliers et ambulatoires ainsi que le redémarrage de la consommation des produits du 100 % santé (optique médicale, audioprothèses et prothèses dentaires). La CSBM s'élève ainsi à 249 milliards d'euros en 2023 (soit 8,8 % du produit intérieur brut).

La part de la CSBM directement financée par les ménages s'établit à 75 %, en baisse de 0,9 point entre 2019 et 2023. La baisse du reste à charge s'explique par la montée en charge du dispositif 100 % santé et par l'augmentation du financement public du secteur hospitalier.

Cet ouvrage présente également une comparaison des dépenses de santé au niveau international, sur le champ de la DCSi. Ainsi, en 2022, la France consacre 11,8 % de son produit intérieur brut à la dépense courante de santé, une part plus importante que la moyenne des États membres de l'UE-27 (10,4 % en 2022). Par ailleurs, la France se distingue au sein des pays de l'OCDE en étant l'un des pays où la part du financement de la DCSi assurée par les ménages est la plus faible, avec le Luxembourg et la Croatie.

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