



Les dépenses de la santé en 2019 en France et perspectives internationales

Après deux années de croissance modérée (+1,7 % puis +1,6 %), la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère un peu en 2019 (+2,1 %), pour s'élever à 208,0 milliards d'euros. Ce regain de dynamisme s'explique principalement par l'évolution des soins hospitaliers. Ces derniers redevennent le premier facteur de croissance de la CSBM, devant les soins de ville. Ceux-ci restent dynamiques sous l'effet de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux, tandis que la consommation de soins de médecins ralentit.

La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 6,9 % en 2019, après 7,1 % en 2018. Cette baisse s'explique par un net accroissement de la part de médicaments remboursables et par le ralentissement des dépassements d'honoraires, qui se combinent à la hausse tendancielle des dispositifs de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

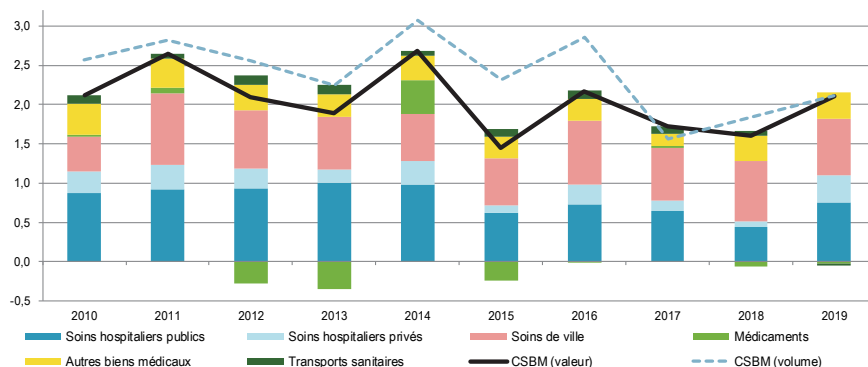
En 2018, sur un champ plus large, étendu aux soins de longue durée (SLD), à la gouvernance du système de soins et à la prévention institutionnelle, la France est le deuxième pays de l'Union européenne, après l'Allemagne, où les dépenses de santé au sens international sont les plus élevées (11,3 % du PIB), et celui où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé.

La consommation de soins et de biens médicaux accélère sous l'effet des soins hospitaliers

En 2019, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère avec une progression en valeur de +2,1 %, après +1,6 % en 2018 et +1,7 % en 2017 (graphique 1). Ainsi, après deux années de croissance modérée, le dynamisme 2019 est proche du taux de croissance moyen des dix dernières années. Cette croissance agrégée est intégralement portée par une progression des volumes, l'indice de prix restant stable. La stabilité de l'indice de prix résulte principalement d'une hausse des prix des soins hospitaliers (+1,3 %) compensée par une baisse du prix des médicaments (-4,1 %). La CSBM atteint ainsi 208,0 milliards d'euros, soit 8,6 % du PIB comme en 2018 (tableau 1). Elle représente 3 102 euros par habitant en 2019.

Graphique 1 Évolution de la CSBM en valeur avec ses principales composantes et en volume

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



Lecture > En 2019, la CSBM progresse de 2,1 % en valeur dont 0,8 point s'explique par le secteur hospitalier public. En 2019, la CSBM progresse de 2,1 % en volume également, les prix restant stables (écart entre les progressions en valeur et en volume).

Source > DREES, comptes de la santé.

Entre 2014 et 2019, la CSBM en valeur est moins dynamique qu'entre 2009 et 2014 (+1,8 % de croissance en moyenne sur les cinq dernières années contre +2,3 % sur les années précédentes). En volume, le ralentissement, marqué plus encore, s'observe à partir en 2017. En valeur ou en volume, la dynamique de la CSBM, c'est-à-dire le ralentissement observé depuis quelques années, résulte principalement de l'évolution de la consommation de soins hospitaliers.

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

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2018/2019	Contribution 2019
Soins hospitaliers	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 848	94 887	97 127	2,4	1,1
Secteur public	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 451	73 349	74 892	2,1	0,8
Secteur privé	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 539	22 234	3,2	0,3
Soins ambulatoires	93 168	95 606	97 229	98 552	101 154	102 532	104 827	106 688	108 861	110 908	1,9	1,0
– Soins de ville*	44 170	45 749	47 081	48 314	49 412	50 553	52 132	53 464	54 992	56 467	2,7	0,7
Soins de médecins et de sages-femmes	18 450	19 160	19 517	19 827	20 268	20 638	21 152	21 688	22 531	22 965	1,9	0,2
Soins d'auxiliaires médicaux	11 041	11 527	12 329	13 113	13 779	14 363	14 993	15 525	16 066	16 715	4,0	0,3
Soins de dentistes	9 999	10 289	10 490	10 606	10 600	10 774	11 108	11 325	11 498	11 786	2,5	0,1
Laboratoires d'analyses	4 284	4 396	4 338	4 342	4 316	4 314	4 413	4 466	4 406	4 525	2,7	0,1
Cures thermales	328	332	353	364	387	392	408	416	413	398	-3,8	0,0
Autres soins et contrats	68	44	53	60	62	73	58	65	78	78	0,4	0,0
– Médicaments	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 731	32 761	32 649	32 592	-0,2	0,0
– Autres biens médicaux**	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 158	15 476	16 122	16 798	4,2	0,3
– Transports sanitaires	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 987	5 099	5 051	-0,9	0,0
CSBM	173 484	178 066	181 796	185 241	190 214	192 962	197 148	200 535	203 748	208 035	2,1	2,1
en % du PIB	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,7	8,6	8,6		
Valeur	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,2	1,7	1,6	2,1		
Évolution de la CSBM (en %)												
Prix	-0,5	-0,2	-0,5	-0,3	-0,4	-0,9	-0,7	0,1	-0,2	0,0		
Volume	2,6	2,8	2,6	2,2	3,1	2,3	2,9	1,6	1,8	2,1		

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

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

Lecture > En 2019, la CSBM progresse de 2,1 %, dont 1,1 point provient des soins hospitaliers, qui augmentent de 2,4 % en un an.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les **soins hospitaliers**, qui représentent 47 % de la CSBM, soit 97,1 milliards d'euros, accélèrent en 2019 (+2,4 % après +1,1 %) jusqu'à augmenter plus vite que la CSBM, contrairement aux trois années précédentes. Ils redeviennent le premier contributeur à la croissance de la CSBM en 2019. L'accroissement des soins hospitaliers tous secteurs confondus est principalement porté par une accélération des prix (à +1,3 % en 2019 après +0,3 % en 2018), les volumes étant légèrement plus dynamiques en 2019 qu'en 2018 du fait du secteur privé (*graphique 2*). Avec ce regain, la dépense hospitalière publique et privée retrouve un rythme de progression proche de celui observé dans la première moitié des années 2010 (+2,6 % par an en moyenne).

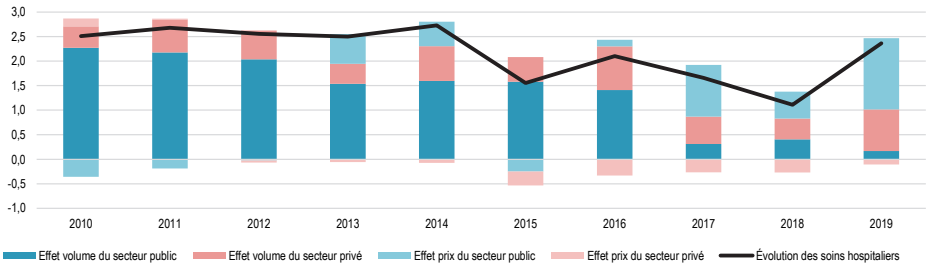
Dans le **secteur public**¹, qui représente 77 % des soins hospitaliers soit 74,9 milliards d'euros, l'accélération de la consommation de soins s'appuie sur les prix. Ils accélèrent fortement en 2019 (à +1,9 % après +0,7 % en 2018), en lien avec l'augmentation des tarifs des séjours hospitaliers. En parallèle, les volumes poursuivent leur ralentissement en 2019 : ils progressent à peine, de +0,2 % après +0,5 % en 2018. Cette atonie est emmenée par un ralentissement des volumes en médecine, chirurgie et obstétrique, tandis que les volumes en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation continuent de se contracter.

Dans le **secteur privé**, qui représente 22,2 milliards d'euros, l'accélération est portée par les volumes : +3,7 % en 2019 après +1,9 % en 2018. Le dynamisme des volumes est tiré à la fois par celui des honoraires versés aux praticiens et par celui des frais de séjour. Les prix des soins hospitaliers du secteur privé sont en baisse en 2019 comme les huit années précédentes, du fait de la contraction régulière des tarifs des séjours.

1. L'identification du secteur public repose sur le caractère non marchand de l'activité. Ainsi, le secteur public comprend l'ensemble des hôpitaux publics (civils et militaires) et les établissements privés à but non lucratif.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > La consommation de soins hospitaliers progresse de 2,4 % en 2019 avec une contribution de 0,2 point des volumes du secteur public, de 0,8 point des volumes du secteur privé, de 1,5 point du prix du secteur public et de -0,1 point des prix du secteur privé.

Source > DREES, comptes de la santé.

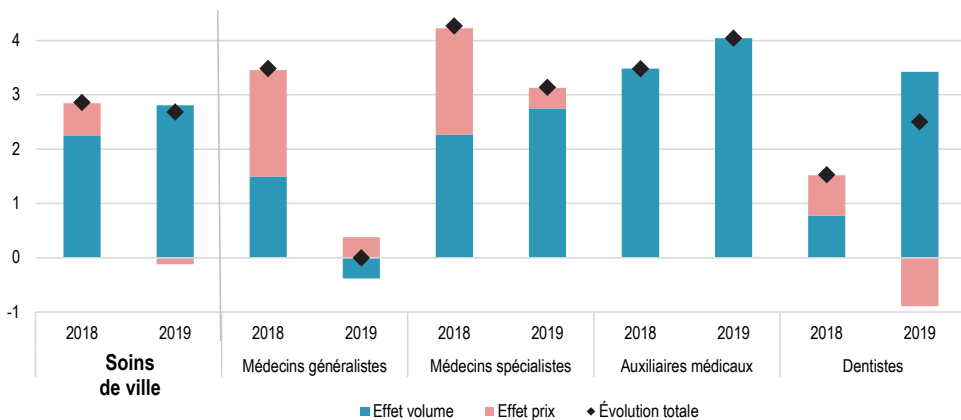
Les soins de ville restent allants grâce au dynamisme des soins d'auxiliaires médicaux

La consommation de **soins de ville** (médecins en cabinets libéraux, auxiliaires médicaux, etc.), un ensemble de 56,5 milliards d'euros, reste dynamique en 2019, bien qu'en léger ralentissement : sa croissance en valeur s'établit à +2,7 % après +2,9 % (graphique 3). Les soins de ville redeviennent, en 2019, le second contributeur à la croissance de la CSBM, après en avoir été le premier en 2018. Le dynamisme du poste s'explique principalement par des effets volumes (+2,8 % après +2,3 % en 2018), même si les évolutions diffèrent d'une composante à l'autre.

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) sont le premier contributeur à la croissance des soins de ville, bien qu'ils représentent à peine le tiers de l'agrégat. Leur croissance s'établit en valeur à +4,0 % en 2019 (près de deux fois la croissance de la CSBM), après 3,5 % en 2018 et 2017. Elle s'appuie sur des volumes très allants. Deux facteurs se combinent pour expliquer ce dynamisme : la hausse du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie accentue le besoin de soins réguliers au plus proche des patients, et les dispositifs de sortie rapide d'hospitalisation – le « virage ambulatoire » – se développent (comme le programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation [PRADO]).

Graphique 3 Évolution des soins de ville et ses principales composantes en 2018 et 2019

Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > En 2019, les soins de ville progressent de 2,7 % avec une hausse des volumes de 2,8 % et une contraction des prix de 0,1 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

La croissance des soins de médecins est en repli, fort pour les généralistes et plus léger pour les spécialistes

La consommation de soins de **médecins généralistes** en ville² est stable en 2019 à 9,7 milliards d'euros, après une croissance particulièrement forte de 3,5 % en 2018. Cette stabilité résulte de prix peu dynamiques (+0,4 % en 2019 après +2,0 %) et de volumes en contraction (-0,4 % après +1,5 %). Le ralentissement des prix s'explique par la fin de la montée en charge des dernières revalorisations tarifaires, datant de 2018. La contraction des volumes résulterait de deux effets contraires. D'une part, l'activité des médecins généralistes, mesurée par exemple au nombre de consultations effectuées, est en contraction en 2019, du fait notamment d'un contexte épidémiologique plus favorable : la grippe saisonnière de 2019 est moins marquée que la grippe saisonnière de 2018. D'autre part, les dispositifs de rémunérations sur contrats visant à une meilleure prise en charge des patients montent en charge (intégration des majorations pour personne âgée dans un forfait patientèle médecin traitant, etc.). La part de ces dispositifs de type contrat dans la rémunération des généralistes a plus que doublé sur la dernière décennie, passant de 7 % en 2010 à 15 % en 2019.

La consommation de soins de **médecins spécialistes** en ville reste dynamique, bien qu'en léger repli : les soins progressent ainsi de +3,1 % après +4,3 % en 2018, pour atteindre 12,8 milliards d'euros en 2019. La croissance des soins de spécialistes est portée par des volumes allants (+2,7 % en 2019 après +2,3 %), tandis que les prix augmentent faiblement (+0,4 % en 2019 après +2,0 %). La faible hausse de prix s'explique, comme pour les généralistes, par la fin de la montée en charge des dernières revalorisations. Les dépassements d'honoraires continuent aussi de ralentir en 2019. Les médecins spécialistes peuvent opter pour des dispositifs de limitation de tarifs (dispositifs Optam et Optam-co) introduits en 2017 : les médecins affiliés bénéficient d'une rémunération forfaitaire ou de revalorisation sur certains actes techniques en échange d'un plafonnement des dépassements d'honoraires. Ce mécanisme est renforcé par un plafonnement de fait des remboursements des dépassements des médecins non affiliés par les organismes complémentaires³. Le dynamisme des volumes est porté par la hausse des actes techniques (+4,3 % en 2019, par rapport à une progression de 3,5 % en moyenne depuis 2010). Cette analyse globale masque des disparités dans la ventilation entre les actes cliniques et les actes techniques selon les spécialités. Quatre ensembles de spécialités représentent plus de la moitié de la consommation : radiologie (23 %), ophtalmologie (13 %), cardiologie (9 %) et gynécologie (8 %). Contrairement au cas des généralistes, les contrats continuent de représenter une part très faible de la rémunération des spécialistes (1 %).

La consommation de médicaments en ambulatoire se contracte légèrement

En 2019, la consommation de **médicaments en ambulatoire** est en légère contraction de 0,2 % pour atteindre 32,6 milliards d'euros. Cette contraction globale combine une légère hausse de la consommation de médicaments remboursables plus que compensée par une forte contraction de la consommation de médicaments non remboursables. La contraction de l'indice de prix des médicaments en ambulatoire se poursuit en 2019 (-4,1 % après -3,5 % en 2018) du fait de la baisse tendancielle du prix des médicaments remboursables.

La consommation de **médicaments remboursables** (92,5 % du poste) augmente en valeur de 0,6 % en 2019, après -0,1 % en 2018. Cette croissance combine une progression de 1,5 % sur l'activité en officines et une contraction de 9,6 % sur la rétrocession hospitalière (vente de médicaments par des pharmacies d'hôpital à des patients non hospitalisés). La dynamique de la rétrocession hospitalière est très marquée par les décisions sur les circuits de distribution relatives à l'arrivée de nouveaux médicaments, souvent très onéreux, et leur bascule vers la vente en officines de ville⁴. Mais son inclusion dans la consommation de médicaments en ambulatoire permet d'éviter que les modifications de circuit de délivrance affectent artificiellement la dynamique du poste par des effets de périmètre. Au final, la croissance du poste dans sa globalité, et son accélération, sont portées par le dynamisme des volumes (+4,9 % en 2019 après +3,8 %).

La baisse de la consommation de **médicaments non remboursables** (7,5 % du poste) s'amplifie nettement en 2019 : le resserrement du poste est de 8,4 % après un repli de 3,2 %. Cette baisse relève autant des prix qui se contractent de 4,7 % (après -0,6 %) que des volumes qui diminuent de 3,9 % (après -2,6 %). La contraction des volumes s'explique principalement par une mesure réglementaire : en 2019, les traitements de sevrage du tabac jusqu'alors non remboursables, sont devenus remboursables. Cette bascule a également contribué au dynamisme du volume des médicaments remboursables.

2. Les différents postes de consommation de soins dispensés par des professionnels de santé comprennent l'ensemble des honoraires perçus ainsi que les rémunérations contractuelles souvent appelées « forfaits » (rémunération sur objectifs de santé publique, forfait patientèle médecins traitant, etc.). Ces rémunérations forfaitaires concernent très majoritairement les médecins généralistes. Avec ce périmètre large de consommation, les changements réglementaires réguliers sur ces modes de rémunérations sont sans impact sur l'analyse du poste.

3. Le plafonnement de la prise en charge des dépassements à 100 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins hors dispositifs par les organismes complémentaires est imposé pour les contrats « responsables ». Ces contrats sont largement majoritaires. Ainsi, dans la très grande majorité des cas, la patientèle d'un spécialiste hors dispositif aura un reste à charge élevé.

4. Par exemple, des traitements contre le virus de l'hépatite C ont d'abord été introduits en rétrocession hospitalière en 2014 avant de basculer en délivrance en officines de ville en 2018.

Les premiers effets de la réforme « 100 % santé » : une possible baisse du non-recours en dentaire

La réforme « 100 % santé » vise à améliorer l'accès aux soins avec une baisse du reste à charge et une réduction du renoncement aux soins. Pour les audioprothèses, l'optique et le dentaire, la réforme prévoit qu'à terme, en 2021, des regroupements de soins et d'équipements soient intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires (OC). Le calendrier de mise en œuvre, propre à chaque poste, est progressif à partir de 2019. Certaines dispositions mises en place en 2019 peuvent générer des effets transitoires distincts des impacts de long terme. Ces derniers ne pourront être observés qu'une fois que la montée en charge des dispositifs sera pleinement effectuée.

La réforme « 100 % santé » identifie deux paniers **d'audioprothèses** : un panier dit « Catégorie I », qui contient les équipements du « 100 % santé » et qui, à terme, sera intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les OC, et un panier dit « Catégorie II » qui contient des équipements autres que le « 100 % santé », pour lesquels les bases de remboursement Sécurité sociale sont identiques à celles du panier « 100 % santé », les tarifs sont encadrés et la prise en charge des OC limitée. En 2019, la réforme instaure un plafonnement du prix des audioprothèses du panier de Catégorie I, accompagné d'une augmentation de la base de remboursement Sécurité sociale. Dans les comptes de la santé, les prothèses auditives appartiennent au poste « autres biens médicaux hors optique » (prothèses, fauteuils roulants, lits médicalisés, pansements, etc.), qui est en hausse de 3,3 % du fait d'une hausse en volume, pour atteindre 10,0 milliards d'euros en 2019.

L'**optique** médicale représente 6,7 milliards d'euros en 2019. Le « 100 % santé » en optique distingue la classe A, équipements du panier « 100 % santé », et la classe B, équipements autres que ceux du « 100 % santé ». Les équipements « 100 % santé » devant être mis à disposition par les opticiens au 1^{er} janvier 2020, les paniers ne sont pas encore mis en œuvre en 2019. La consommation d'optique est dynamique en 2019 avec une croissance de 5,6 % après +4,6 %, du fait de volumes particulièrement dynamiques à +5,2 %. Les prix progressent faiblement de 0,4 %. La dynamique du poste en 2019 est proche de celle de 2018 et de celle observée entre 2010 et 2012, avec des croissances de 4 % ou plus. Au contraire, entre 2013 et 2017, les évolutions étaient atones, voire négatives, vraisemblablement en conséquence de l'introduction par les OC de contrats responsables limitant la prise en charge en cas de renouvellement d'équipement fréquent.

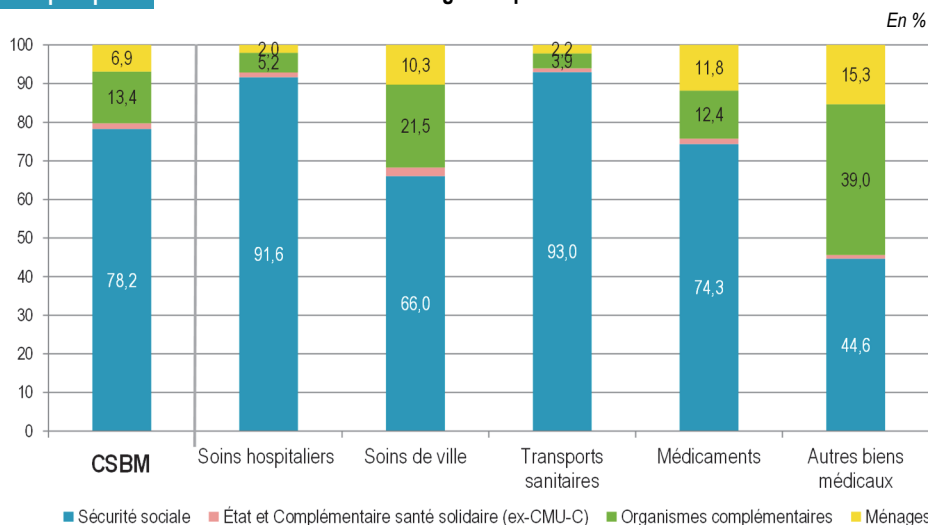
La consommation de **soins de dentistes**, de 11,8 milliards d'euros en 2019, est constituée de l'ensemble des honoraires des chirurgiens-dentistes qu'il s'agisse de soins conservateurs (consultations usuelles, détartrage, etc.) ou de prothèses dentaires. En 2019, les soins de dentistes accélèrent, avec une hausse de 2,5 % en valeur après +1,5 %. Cette accélération combine une très nette expansion des volumes (+3,4 % après +0,8 %) et un repli des prix (-0,9 % après +0,7 % en 2018). Pour 2019, la nouvelle convention dentaire qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs, facteur de hausse des prix, et un plafonnement du prix de certaines **prothèses dentaires**, facteur de baisse des prix. La baisse des prix constatée indique que la première mesure est plus que compensée par la seconde. Outre un effet d'aubaine pour les ménages qui auraient consommé des soins prothétiques même en l'absence de réforme, le dynamisme des volumes pourrait s'expliquer par une baisse du non-recours aux soins dentaires⁵. Cette réduction du non-recours, ou solvabilisation d'une partie des ménages, stimule la consommation par son volume, et amplifie le facteur de baisse de prix en déformant la structure de la consommation en faveur des soins prothétiques à prix plafonnés. Ainsi, la part des actes prothétiques dans l'ensemble des actes des dentistes augmente en 2019.

La participation des ménages diminue une nouvelle fois en 2019 pour atteindre 6,9 % de la CSBM

Le **reste à charge** (RAC) en santé des ménages diminue de nouveau en 2019 pour atteindre 6,9 % de la CSBM après 7,1 % en 2018. Cette participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élève à environ 14,3 milliards d'euros en 2019, soit 213 euros par habitant par an. Dans les comptes de la santé, le reste à charge est une grandeur macroéconomique qui agrège de grandes disparités entre ménages (selon l'âge, le revenu, le lieu de résidence, etc.). Comme il est calculé à partir de la consommation réalisée, l'analyse du RAC n'éclaire que partiellement les enjeux autour du recours aux soins ou de leur pertinence. Obtenu par solde de l'intervention de l'État, de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires sur les différents postes de dépenses, son évolution découle principalement de l'engagement des autres acteurs du financement de la CSBM (*graphique 4*).

5. Le motif financier est un des principaux motifs déclarés de non-recours pour les soins dentaires prothétiques dans les enquêtes auprès des ménages (Odenore 2015-2017, EU-SILC 2015, etc.).

Graphique 4 Structure du financement des grands postes de la CSBM en 2019



Lecture > En 2019, la Sécurité sociale finance 78,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Pour les soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 91,6 % des dépenses.

Source > DREES, comptes de la santé.

La baisse tendancielle du RAC en proportion de la CSBM, depuis 2009, s'explique par des **facteurs structurels** qui impliquent une participation croissante de la **Sécurité sociale**. Avec le vieillissement de la population française, les effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) – cancer, diabète, etc. – sont particulièrement dynamiques. De plus, plusieurs **décisions réglementaires**, notamment la prise en charge par la Sécurité sociale de traitements médicamenteux innovants et onéreux, ont augmenté les financements apportés par la Sécurité sociale. En conséquence, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale progresse quasi continuellement depuis 2010 pour atteindre 78,2 % en 2019, ce qui contribue à réduire le RAC des ménages.

La part des **organismes complémentaires** (OC) est globalement stable autour de 13,5 % ces dix dernières années. Elle atteint 13,4 % en 2019. Le taux de prise en charge des OC de la CSBM masque de grandes disparités : ils sont très présents sur certains postes – notamment en dentaire et en optique – et jouent un rôle mineur sur d'autres. La réforme « 100 % santé » pourrait modifier les taux de prise en charge par les OC de certains postes de dépenses, et s'observer à terme sur la part de la CSBM financée par les OC.

Enfin, l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C financent une faible part des dépenses de santé (1,5 % en 2019 et en 2018). L'intervention de l'État avec les organismes de base au titre de la Complémentaire santé solidaire⁶ (ex-CMU-C) s'inscrit dans une logique de solidarité (aide médicale d'urgence, etc.) alors que la Sécurité sociale, largement majoritaire dans le financement, repose plus sur une logique assurantielle.

L'approche des restes à charge en proportion de la dépense analysés poste par poste ne doit pas masquer l'examen de la **répartition du reste à charge** des ménages entre les différents postes. Avec des taux de participation très variables, cette structure diffère de celle de la CSBM. Ainsi, les soins de ville, comprenant les dépassements d'honoraires et les soins dentaires prothétiques, représentent environ 41 % de la participation des ménages. Les médicaments représentent un peu moins de 27 %. Les autres biens médicaux, comprenant l'optique, sont le troisième poste (18 %). Enfin, les soins hospitaliers représentent 14 % du reste à charge des ménages.

Une baisse du non-recours accompagnerait la hausse du reste à charge en soins dentaires

La diminution du RAC sur l'ensemble de la CSBM en 2019, de 7,1 % à 6,9 %, n'est pas généralisée sur toutes ses composantes : quelques-unes jouent à la hausse – notamment les soins dentaires et les soins hospitaliers du secteur privé – tandis qu'une majorité contribuent à la baisse (*graphique 5*).

La consommation de **soins dentaires** en 2019 serait dynamisée par la réforme « 100 % santé » mais aurait un effet paradoxal sur l'évolution du RAC : en proportion, il progresse pour atteindre 21,1 % en 2019 contre 20,2 % en 2018. La nouvelle convention dentaire vise à rééquilibrer l'activité entre soins prothétiques et soins conservateurs.

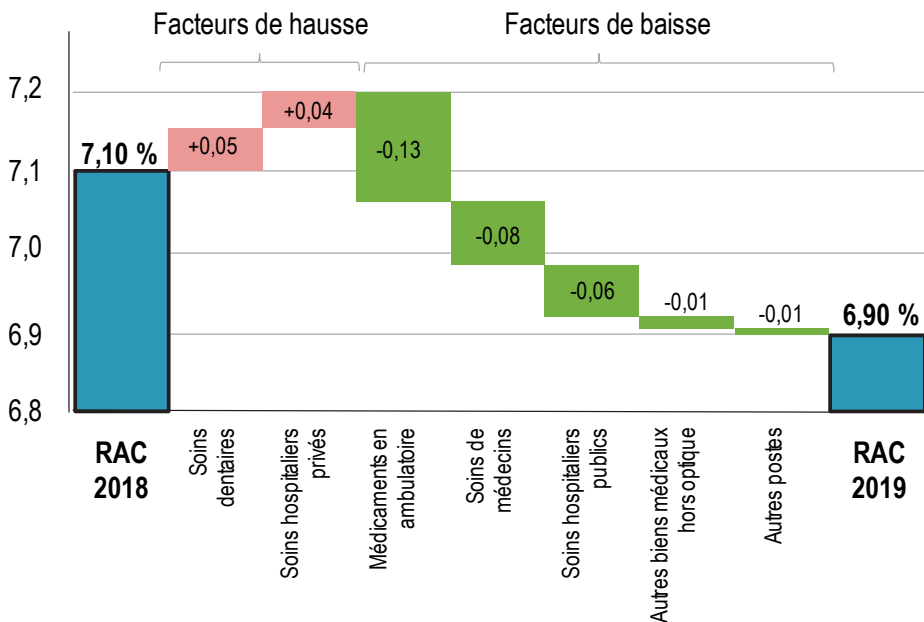
6. À partir du 1^{er} novembre 2019, le dispositif CMU-C a été réformé dans le cadre de la Complémentaire santé solidaire.

Pour ce faire, une revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux est associée à un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. Cette réforme n'impose pas en 2019 une prise en charge spécifique par les OC. Pour les soins conservateurs, la hausse des tarifs s'accompagne ainsi d'une hausse de la prise en charge de la Sécurité sociale : les prestations versées par la Sécurité sociale progressent de 3,8 % en 2019. À consommation inchangée, cette hausse serait un facteur de baisse du RAC. Pour les prothèses dentaires, il y a un effet dit d'aubaine pour les OC concernant les soins prothétiques plafonnés : les prestations qu'elles reversent à leurs assurés à ce titre sont affectées à la baisse. Pour les ménages non assurés ou assurés avec des garanties complémentaires faibles en dentaire, le plafonnement de certains soins prothétiques rendrait le soin financièrement accessible, tout en induisant une hausse du RAC. Le poids des soins prothétiques par rapport aux soins conservateurs dans les prestations des OC explique que l'effet haussier lié aux prothèses l'emporte sur l'effet baissier lié aux soins conservateurs. Ainsi, les prestations versées par les OC au titre des soins dentaires diminuent en 2019 de 1,4 % tandis que le montant du RAC augmente de 7,0 %.

Le RAC sur les soins hospitaliers est de 2,0 % en 2019 (1,3 % dans le secteur public et 4,5 % dans le secteur privé). Les **soins hospitaliers du secteur privé** sont un facteur de hausse du RAC car la part des dépassements d'honoraires dans le secteur privé augmente. Ces dépassements d'honoraires ne relèvent pas de la Sécurité sociale et ne sont donc pas concernés par les dispositifs de type ALD. De plus, la participation des organismes complémentaires est limitée dans le cadre des contrats responsables qui plafonnent la prise en charge des dépassements lorsque les praticiens ne sont pas adhérents aux dispositifs de modération tarifaires (Optam et Optam-co).

Graphique 5 Décomposition de la baisse du reste à charge en 2019 par poste

Reste à charge 2018 et 2019 en % de la CSBM, contributions en point de pourcentage



Lecture > Le reste à charge (RAC) diminue de 7,1 % de la CSBM en 2018 à 6,9 % en 2019. Les soins dentaires contribuent à la hausse du RAC à hauteur de 0,05 point de pourcentage tandis que les médicaments en ambulatoire contribuent à sa baisse pour 0,13 point de pourcentage.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les effets baissiers sur le RAC des médicaments et des soins de médecins l'emportent

La consommation des **médicaments** en ambulatoire en 2019 est caractérisée par le net repli de la consommation de médicaments non remboursables au profit des médicaments remboursables. Cet effet en ciseau joue doublement à la baisse sur le RAC, qui passe de 12,7 % en 2018 à 11,8 % en 2019. De plus, au sein des médicaments remboursables, la part des médicaments remboursés à 100 % continue de progresser. Cette tendance repose d'abord sur le vieillissement de la population, qui s'accompagne d'une progression des personnes exonérées de ticket modérateur *via* la dispositif d'affectation de longue durée (ALD) et sur la progression des génériques dans la consommation de médicaments. De plus, même si la rétrocession hospitalière diminue en 2019, l'arrivée régulière de nouveaux traitements innovants (contre le cancer, l'hépatite C, etc.) stimule la participation de la Sécurité sociale qui les rembourse intégralement, quel que soit le circuit de distribution.

La consommation de **soins de médecins** est globalement marquée en 2019 par une hausse de la part des rémunérations forfaitaires chez les généralistes, et dans une moindre mesure par un ralentissement des dépassements d'honoraires chez les spécialistes. Les rémunérations forfaitaires sont intégralement prises en charge par la Sécurité sociale, leur développement induit donc une baisse de la part de la dépense à la charge des ménages. Ainsi, le reste à charge sur les soins de médecins s'élève à 8,2 % en 2019 contre 8,9 % en 2018.

Le volet audiologie de la réforme « 100 % santé » qui comprend en 2019 un plafonnement des prix et une prise en charge par les OC, semble diminuer la participation des ménages. En effet, le poste des biens médicaux hors optique joue à la baisse sur le RAC en 2019.

Enfin, les autres postes (auxiliaires médicaux, transports sanitaires, optique, etc.) sont globalement des facteurs de baisse du RAC en 2019. Au total, le RAC sur les soins de ville est en diminution, à 10,3 % en 2019 après 10,5 % en 2018.

Les dépenses de santé au sens large représentent 11,3 % du PIB de la France en 2018

Pour effectuer des comparaisons internationales, il est nécessaire de s'appuyer sur un agrégat plus large que la CSBM. La **dépense courante de santé au sens international** (DCSi)⁷ est le seul agrégat harmonisé permettant les comparaisons internationales⁸. En 2018 (dernière année disponible), elle s'élève à 265,8 milliards d'euros, soit 11,3 % du PIB. Elle progresse de 1,6 % en 2018.

Outre la CSBM qui représente environ 76,7 % de la DCSi, le champ de la dépense est étendu à trois principaux postes : les **soins de longue durée** (SLD), la gouvernance du système de soins et la prévention institutionnelle. Les SLD (15,6 % de la DCSi) correspondent aux dépenses de soins en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ensuite, les dépenses de **gouvernance** (5,6 % de la DCSi) comprennent principalement les frais de gestion de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires. Enfin, la **prévention institutionnelle** (1,8 %) correspond aux actions de prévention organisées ou financées par des fonds ou des programmes nationaux ou départementaux : campagnes de promotion de la vaccination, financement des centres de dépistages, action d'éducation à la santé sexuelle, etc.

Les **SLD** recouvrent des dépenses de soins dans un sens sanitaire strict (soins infirmiers à domicile, soins en Ehpad, soins en USLD à l'hôpital, etc.) et une composante médico-sociale évaluée au surcoût lié à la perte d'autonomie pour environ 55 % du poste. Cette dernière comportant les dépenses d'hébergement en Ehpad et les dépenses d'aides à domicile pour la vie quotidienne (AVQ), le financement des SLD est principalement du ressort de l'État, *via* le versement d'une prestation sociale, et des ménages. Le poids des SLD dans la DCSi explique que la structure de financement de la DCSi donne un rôle plus important à l'État et aux ménages que pour la CSBM. Le RAC des ménages dans cette perspective élargie des dépenses de santé au sens international est de 9 %, soit 2 points de plus que le RAC sur l'ensemble de la CSBM en 2018.

En 2018, l'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

Au sein des pays de l'Union européenne, c'est en France et en Allemagne que les **dépenses courantes de santé au sens international** (DCSi) sont les plus élevées : respectivement 11,3 % et 11,5 % de leur PIB (*graphique 6*). En moyenne, les États membres de l'UE-28 consacrent 9,9 % de leurs PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins des disparités géographiques marquées en Europe : elles sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %) et pour les nouveaux membres de l'UE (6,8 %). Avec une DCSi représentant 17,8 % du PIB en 2018, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE.

Les dépenses de santé par habitant s'élèvent en France à 3 970 euros par habitant en 2018 en **parité de pouvoir d'achat** (PPA). Le passage par les parités de pouvoir d'achat permet de comparer le niveau de ces dépenses en corrigeant du niveau général des prix pratiqués dans chaque pays (*ie* sur l'ensemble des biens et services consommés). Elles placent la France au 7^e rang des pays de l'UE-28, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. L'Allemagne y consacre 820 euros de plus par habitant. Avec 8 180 euros par habitant en PPA, les États-Unis ont des dépenses par habitant deux fois plus élevées.

La hiérarchie est encore modifiée en tenant compte des **différences de pouvoir d'achat spécifique au secteur de la santé**. Cet indicateur permet de mesurer les différences de **volume de dépense** de santé par habitant entre pays, ce qui

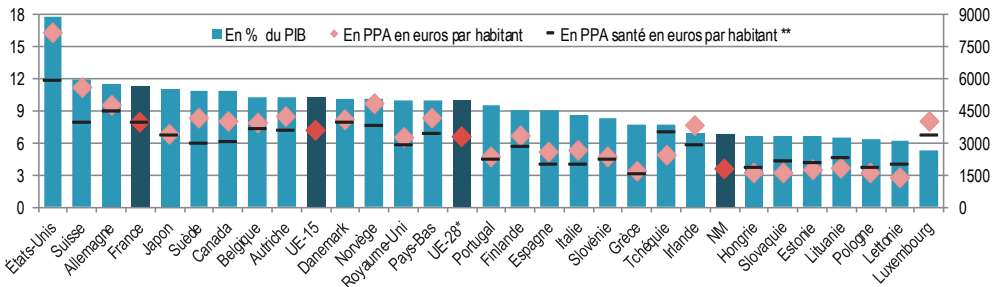
7. À partir de l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES privilégie l'agrégat de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) qui est harmonisé au niveau international, sur l'agrégat de la « dépense courante de santé » (DCS).

8. Le système international des comptes de la santé (*System of Health Accounts*) permet d'établir une dépense courante de santé au sens international. Il est commun à trois organisations : l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Depuis 2015 la transmission des données de santé sur les dépenses de santé et leur financement est par ailleurs régie par une réglementation européenne (règlement UE 2015/359), qui complète la réglementation sur les statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail (Règlement CE n° 1338/2008).

atténué sensiblement les écarts. La Suisse, la Norvège, la Suède, le Luxembourg, le Canada, et les États-Unis sont des pays où les prix dans la santé sont de 30 % à 70 % supérieurs à ceux pratiqués en France. Ainsi, en tenant compte des prix en santé, même si les États-Unis ont toujours le niveau de dépense de santé le plus important par habitant (environ 6 000 euros en PPA), l'écart avec la France est diminué de moitié. La France remonte alors au 3^e rang des pays étudiés derrière l'Allemagne. La Suisse, pays où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, est rétrogradé au 4^e rang, proposant finalement un volume de biens et services de santé par habitant proche de celui offert en France.

Graphique 6 Dépense courante de santé au sens international en 2018

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



* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2017. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

** Les PPA santé utilisées ici sont calculées et diffusées par l'OCDE pour l'année 2017.

Note > Les PPA calculées par l'OCDE, exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Lecture > La dépense courante de santé (DCSi) représente 11,3 % du PIB de la France en 2018. En parité de pouvoir d'achat et par habitant cela représente 3 970 euros par habitant en 2018.

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

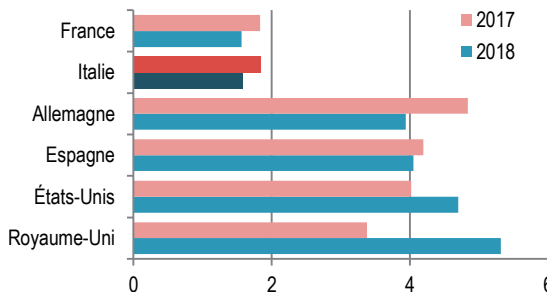
En 2018, la croissance des dépenses de santé reste modérée en France comme en Italie

En France, en 2018, les dépenses de santé en euros courants ralentissent légèrement : +1,6 % après +1,8 % en 2017 (graphique 7). Leur progression en valeur est inférieure à celle du PIB. La France n'est pas un cas isolé en Europe. Les dépenses de santé en Italie n'ont pas progressé de plus de 2 % par an en valeur depuis les cinq dernières années (+1,6 % en 2018). En France, cette progression est largement régulée par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Pour l'Italie, les fortes contraintes budgétaires du pays pèsent sur les capacités à revoir les dotations minimales pour les actes médicaux réalisés à l'hôpital ou en cabinet de ville financés par l'État italien (*Livelli essenziali di assistenza*).

L'Espagne, le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Allemagne ont une croissance plus dynamique de leurs dépenses de santé (supérieure ou égale à 4 % en valeur en 2018). La croissance récente des dépenses espagnoles est néanmoins à mettre en perspective avec les réductions fortes des dépenses de santé opérées à la suite de la crise économique de 2008 : jusqu'à 2013, les dépenses de santé diminuaient chaque année en Espagne.

Graphique 7 Taux de croissance des dépenses de santé au sens international en 2017 et 2018

Taux de croissance en % - en devise nationale constante 2015 – en euros courants



Lecture > Le taux de croissance de la DCSi en 2018 en France est de 1,6 % en euros courants.

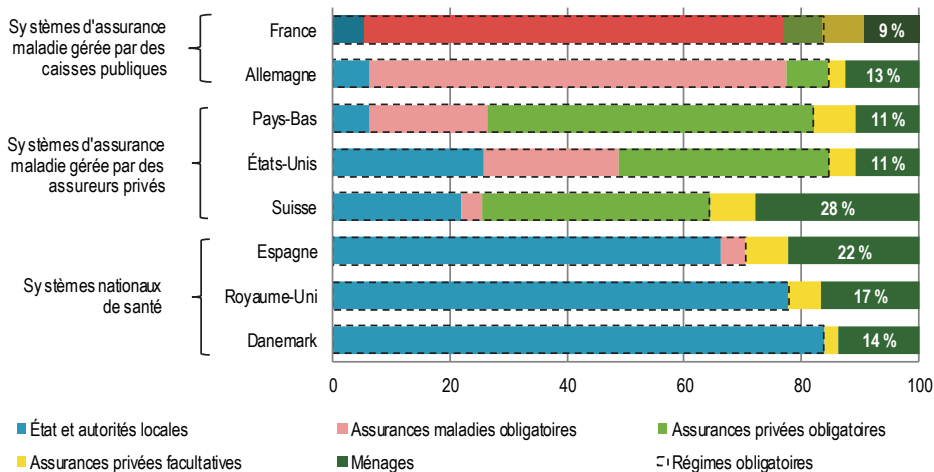
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Différentes stratégies de financement assurent la couverture des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE se distinguent les uns des autres par leur mode de financement. Néanmoins, les **régimes obligatoires de financement**, assurés par l'État, les assurances maladie gérées par des caisses publiques ou des assureurs privés, financent principalement la santé dans tous les pays de l'OCDE (graphique 8).

Graphique 8 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2018

En % de la dépense courante de santé internationale (DCSi)



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

L'État (ou des autorités locales) assure ainsi un service national de santé financé par l'impôt et contribue au financement de plus de la moitié des dépenses courantes de santé dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada. Cette part dépasse 80 % dans les pays scandinaves. Les administrations financent une part prépondérante des coûts de santé, le reste étant en grande partie couvert par les paiements directs des ménages. Le Luxembourg, l'Allemagne, la France ou encore le Japon reposent sur des systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques de Sécurité sociale : l'affiliation est obligatoire et les prestations sont versées en contrepartie de cotisations. Ce rôle clé des régimes obligatoires est combiné à une offre de soins majoritairement libérale avec une rémunération essentiellement à l'acte, qui peut coexister avec des hôpitaux publics. Certains pays enfin, comme la Suisse, les Pays-Bas ou les États-Unis depuis 2014 et le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*), ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion aux assureurs privés mis en concurrence.

Ces assurances privées obligatoires se développent depuis une dizaine d'années dans de nombreux pays. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire. Aux États-Unis, ce mouvement a été plus fort, avec un basculement de l'assurance privée facultative (40 % de la DCSI en 2006) à l'assurance privée obligatoire (36 % de la DCSI en 2018). Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est renforcée : elle représente à présent 56 % du financement de la DCSI.

C'est en France que la part de la dépense de santé au sens international à la charge des ménages est la plus faible

Globalement, une large partie des dépenses de santé sont à la charge des États, des assurances maladie obligatoires ou des assureurs privés obligatoires : 79 % en moyenne dans l'UE-15 en 2018. Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives : environ 5 % en moyenne pour les pays de l'UE-15. Le reste est directement à la charge des ménages.

En 2018, dans les pays de l'UE-15, en moyenne 16 % de la DCSI est à la charge des ménages. Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (36 % en Grèce et 30 % au Portugal), en Suisse (28 %) et chez les NM (20 % en moyenne). Par rapport aux autres pays de l'Union européenne ou de l'OCDE, la France est celui où le RAC des ménages est le plus limité en part de la DCSI (9 %) [graphique 8].

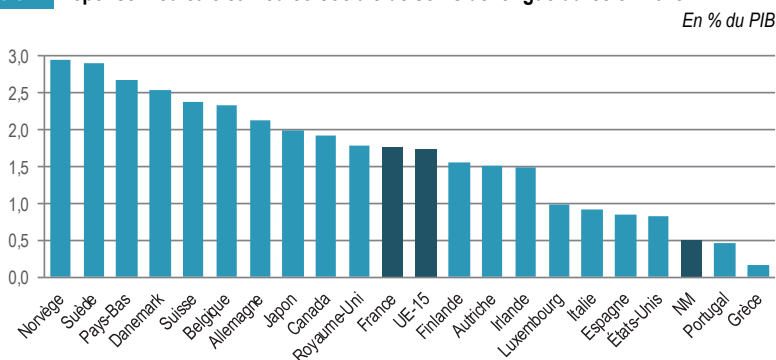
Le RAC des ménages est en moyenne de 560 euros en PPA par habitant dans l'UE-15 et de 360 euros en PPA pour les NM de l'Union européenne. Au sein de l'UE-15, c'est en France que le RAC est le plus faible avec 370 euros en PPA par habitant de dépenses annuelles à la charge des ménages. La décomposition du RAC selon les **diverses fonctions de la DCSi**, notamment les dépenses qui relèvent des **soins de longue durée (SLD)**⁹, fait néanmoins apparaître qu'environ la moitié du RAC par habitant exprimé en PPA en France est liée aux SLD, soit un RAC de 25 % en moyenne sur les dépenses de SLD¹⁰. Avec un RAC relativement élevé de 150 euros PPA par habitant pour les SLD, la France se situe en queue de peloton des pays de l'OCDE sur ce segment de la dépense.

Des dépenses de soins de longue durée plus élevées dans les pays du nord de l'Europe qu'en France

En 2018, en France, les dépenses consacrées aux **SLD**, dans sa composante médicale et médico-sociale, atteignent 1,8 % du PIB en moyenne. Elles se situent dans une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande (graphique 9). La création d'une nouvelle branche dédiée à la perte d'autonomie a récemment été placée à l'agenda social du gouvernement français pour l'année 2021.

En consacrant entre 2,5 % et 3 % de leur richesse aux SLD en 2018, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark déploient plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine. Les pays scandinaves ont, en effet, intégré depuis longtemps la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans les services de santé publics ainsi que dans les services sociaux et proposent notamment des soins à domicile très développés. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible (moins de 1 % du PIB) dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Graphique 9 Dépense médicale et médico-sociale de soins de longue durée en 2018



Lecture > En 2018, la France consacre 1,8 % de son PIB aux SLD.

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

9. Soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi aux personnes en situation de handicap, qui relèvent de la santé.

10. À titre de comparaison, le RAC des ménages en France pour les dépenses de soins à l'hôpital est de 11,4 % selon la définition retenue ici (hors consultations à l'hôpital) et de 11,6 % pour les soins de ville (également sur un champ légèrement différent de celui de la partie consacrée à la France). Il faut également noter que le RAC des ménages pour les SLD ne prend pas en compte le crédit d'impôt sur les soins à domicile.