

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



SEPTEMBRE

2018

NUMÉRO

1076

Les dépenses de santé enregistrent une faible croissance en 2017

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 199,3 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB, en léger repli par rapport à 2016. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après +2,0 % en 2016), en raison du ralentissement des soins hospitaliers.

La CSBM est financée à 77,8 % par la Sécurité sociale. Cette part a progressé de 0,2 point en moyenne par an entre 2008 et 2017, notamment sous l'effet de la hausse du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur, elle-même liée au vieillissement de la population. La part du reste à charge des ménages dans la CSBM poursuit son mouvement de baisse régulière pour s'établir à 7,5 % en 2017, après 7,6 % en 2016. C'est en France que le reste à charge des ménages est le plus faible de l'OCDE.

La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programme de santé public – a été estimée sur la base de l'ensemble des dépenses des régimes d'assurance maladie. Elle représente au moins 9,1 milliards d'euros de dépenses au sein de la CSBM en 2016, dont environ 42 % sous forme de médicaments. Elle s'ajoute aux 5,8 milliards d'euros de dépenses de prévention institutionnelle, non comptabilisées dans la CSBM.

En France, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) – qui recouvre la CSBM majorée notamment des dépenses de soins de longue durée et des subventions au système de soins – s'établit à 11,5 % du PIB en 2016, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'UE-15. Les dépenses de santé repartent à la hausse dans l'UE-15, mais de manière modérée (+1,8 % de 2013 à 2016).

Julia Cuvilliez, Carine Ferretti, Juliette Grangier, Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou, Alexis Montaut, Ursule Ngouana, Raphaël Trémoulu (DREES)

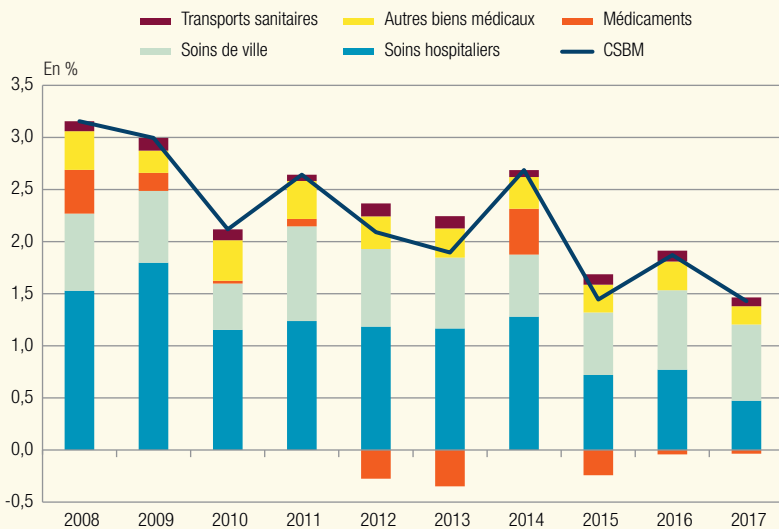
En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM¹) est évaluée à 199,3 milliards d'euros, soit 2 977 euros par habitant. Elle représente ainsi 8,7 % du PIB (-0,1 point par rapport à 2016). Bien qu'en hausse de 1,3 % par rapport à 2016, la CSBM ralentit fortement et atteint en 2017 sa plus faible croissance depuis dix ans (graphique 1) : celle-ci s'explique par le fort ralentissement des volumes (+1,4 point en 2017 contre +2,9 points en 2016) qui fait plus que compenser les effets de prix (-0,1 point en 2017 contre -0,9 point en 2016). En 2017, toutes les composantes de la CSBM progressent à un rythme moindre qu'en 2016, à l'exception des médicaments, quasiment stables pour la deuxième année consécutive. Le ralentissement est particulièrement marqué pour les soins hospitaliers. En 2017, les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance de la CSBM devant les soins hospitaliers.

Les soins hospitaliers augmentent de 0,9 % en 2017, après 1,7 % en 2016

En 2017, la consommation de soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) s'élève à 92,8 milliards d'euros. La croissance totale de ces dépenses, qui représentent 46,6 %

1. La CSBM comprend les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, sages-femmes, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports de malades, les médicaments, les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et de biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont notamment exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées. La CSBM recouvre à la fois les soins curatifs et préventifs (encadré 1).

GRAPHIQUE 1 Contribution à la croissance en valeur de la CSBM en 2017



Lecture • En 2017, la contribution des soins exécutés en ville s'élève à 0,7 %, ceux délivrés à l'hôpital à 0,5 %. Au total, la CSBM progresse de 1,3 %.

Source • DREES, comptes de la santé.

ENCADRÉ Au moins 14,9 milliards d'euros consacrés à la prévention en 2016

Au sein de la CSBM, certains actes ou traitements ont une visée préventive (suivi de l'hypertension artérielle et du diabète, suivi médical des enfants, surveillance gynécologique, vaccins, etc.). Une estimation basse de ces dépenses préventives sanitaires non institutionnelles s'élève à 9,1 milliards d'euros en 2016, soit au moins 4,6 % de la CSBM. L'Assurance maladie prend en charge environ 6,6 milliards d'euros de ces dépenses en 2016, soit un taux de remboursement moyen de 73 %.

Parmi les dépenses estimées de prévention de la CSBM, la consommation de médicaments à titre préventif (antihypertenseurs, contraceptifs, etc.) occupe la première place (42 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (27 %). Sur ces 9,1 milliards d'euros, 2,9 milliards concernent des actions destinées à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, 2,2 milliards sont consacrés aux actions de dépistage et 4,1 milliards sont dépensés pour la prise en charge de facteur de risques ou de formes précoces de maladies.

À périmètre constant, les dépenses totales de prévention (14,9 milliards d'euros en 2016), qu'elles soient institutionnelles (hors CSBM) ou non, auraient diminué en moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2016. Cette baisse se concentre sur les seules dépenses de prévention non institutionnelle (1,9 % par an en moyenne). Elle s'explique principalement par des baisses de prix en matière de biologie et de médicament, les volumes restant globalement stables.

de la CSBM, ralentit fortement à 0,9 % en valeur en 2017 après 1,7 % en 2016. Ce ralentissement s'explique par une forte baisse de la croissance des volumes (de 2,3 % à 0,9 %), les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus.

La consommation de soins ralentit dans le secteur public (+0,8 % en 2017, après +1,6 % en 2016), compte tenu notamment du resserrement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier, ainsi que dans le secteur privé (+1,2 % en 2017, après 2,4 % en 2016). Ce recul est à rapprocher de la modération des frais

de séjour, due aux baisses tarifaires et à des mesures générales de fiscalité pour les entreprises, ainsi que de la modération des dépassements d'honoraires des praticiens.

Malgré un léger ralentissement, les soins de ville sont, en 2017, le premier contributeur à la croissance de la CSBM

Les soins de ville s'élèvent à 53,4 milliards d'euros en 2017, soit environ un quart de la CSBM. En hausse de 2,5 %, leur croissance reste en 2017 très proche de la

moyenne des dernières années (2,7 % par an entre 2009 et 2016).

Les soins d'auxiliaires médicaux (15,5 milliards d'euros) sont toujours très dynamiques en 2017 (3,5 %, après 4,3 % en 2016). Comme les années précédentes, ils progressent plus vite que les soins de ville dans leur ensemble. Depuis 2014, cette forte croissance en valeur est portée exclusivement par la hausse des volumes.

La consommation de soins de médecins généralistes en ville s'élève à 8,9 milliards d'euros et progresse de 1,4 % en 2017 (après 1,2 % en 2016). Ce dynamisme est largement imputable à des prix en hausse de 2,5 %, alors qu'en volume ces soins se replient de 1,0 %. La hausse des prix s'explique notamment par la nouvelle convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie². Le repli du volume doit être mis en regard du dynamisme de 2016, année atypique (+0,9 %) en raison de deux épisodes de grippe (en début et fin d'année), contre un seul d'intensité modérée en 2017.

La consommation de soins de médecins spécialistes en ville (11,9 milliards d'euros) connaît une croissance élevée de 3,4 % en 2017, principalement portée par les prix. Ceux-ci progressent de 2,5 % (contre environ +0,3 % en moyenne par an entre 2012 et 2016) du fait des hausses de tarifs engagées dans le cadre de la convention d'août 2016 avec l'Assurance maladie.

La consommation de soins dentaires s'élève à 11,3 milliards d'euros en 2017 (soit +1,8 %). Elle est bien moins dynamique qu'en 2016 (+3,0 %) en raison principalement du ralentissement des volumes de soins (+1,3 % après +2,2 % en 2016).

Après une année 2016 dynamique (+2,3 %), la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires ralentit en 2017 (+1,2 %) à 4,5 milliards d'euros, consécutive aux baisses de cotations d'actes, décidées par le protocole d'accord entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels biologistes, prenant effet à partir d'avril 2017.

La consommation de médicaments en ville tend à diminuer

En 2017, la consommation de médicaments en ville s'élève à 32,6 milliards

•••
2. En effet, la convention prévoit plusieurs hausses des tarifs, notamment celle de la consultation qui est passée à 25 euros en mai 2017.

d'euros. Elle baisse pour la troisième année consécutive (-0,2 %), après la forte hausse de 2014 (2,5 %). Cette quasi-stabilité en valeur correspond à des volumes dynamiques (2,5 %) et à des prix en baisse (-2,6 %). La baisse des prix est très largement imputable à celle des tarifs administrés des spécialités remboursables, le prix des spécialités non remboursables continuant de progresser. Ce mouvement est accentué par l'« effet générique » : les prix baissent compte tenu du nombre croissant de spécialités génériques et de leur plus grande diffusion, favorisée par des politiques de substitution actives. La consommation d'« autres biens médicaux » atteint 15,5 milliards d'euros en 2017 ; elle progresse de 2,3 % en 2017, contre 3,6 % en 2016. Elle comprend en particulier l'optique médicale pour 6,1 milliards d'euros, soit environ 40 % de cet agrégat. La consommation d'optique médicale se replie de 0,7 % en 2017 sous l'effet de volumes en baisse de 0,6 %, les prix restant quasi stables. Par ailleurs, la croissance des dépenses de transports sanitaires en 2017 ralentit elle aussi : elle est ramenée à 3,5 % en 2017 contre 4,4 % en 2016. Leur montant s'élève à 5,0 milliards d'euros.

Le reste à charge des ménages en proportion de la CSBM diminue de nouveau et s'établit à 7,5 % en 2017

La Sécurité sociale demeure l'acteur majeur du financement de la CSBM, dont elle prend en charge 77,8 % de la dépense en 2017 (contre 77,5 % en 2016), soit 155,1 milliards d'euros. La part de la Sécurité sociale dans son financement est en hausse continue depuis 2011, où elle était à son plus faible niveau. Elle atteint, en 2017, son plus haut niveau depuis plus de quinze ans. Les prises en charge de l'État³ représentent au total 1,5 % de la CSBM en 2017, soit un niveau comparable à celui de 2016. La part des organismes complémentaires – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances – dans la CSBM diminue de 0,2 point en 2017 pour atteindre 13,2 % (soit 26,3 milliards). Cette évolution est à rapprocher des effets de la réforme des contrats responsables de 2015 qui réduit ou plafonne la prise en charge des soins de médecins et d'optique. En outre, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, en 2016, renforce certaines évolutions tendancielles, en particulier le fait que les

sociétés d'assurances gagnent des parts de marché au détriment des mutuelles. En proportion de la CSBM, le reste à charge (RAC) des ménages continue de diminuer : il est passé de 9,4 % en 2008 à 7,5 %⁴ en 2017. Il s'élève ainsi à 14,9 milliards d'euros, soit 223 euros par habitant. Depuis 2008, il diminue en raison de facteurs structurels tels que la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée.

En France, la dépense de santé en part de PIB est parmi les plus élevées d'Europe

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi)⁵ représentant 17 % de son PIB en 2016 et, en particulier, des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [graphique 2]. Près de cinq points derrière eux, la Suisse et la France dépensent environ 12 % de leur PIB pour la santé, devant l'Allemagne et la Suède (11 %), qui se situent à un niveau supérieur de 1 point à la moyenne de l'UE-15 (10 %). Au sein de l'UE-15, les dépenses de santé sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (8 % à 9 % du PIB).

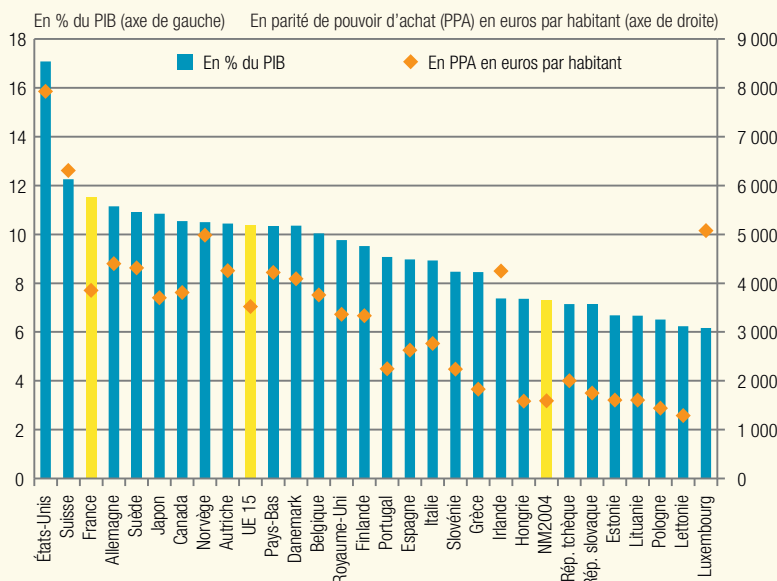
La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé par habitant, exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). La France se situe alors juste au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Depuis 2013, une hausse modérée des dépenses de santé en Europe

En Europe, la croissance des dépenses de santé a ralenti à compter de 2010, en part de PIB comme à prix constants. Ce ralentissement s'est opéré dans un contexte de modération de la hausse des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes

-
- 3. Ce poste comprend les dépenses au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents ainsi que de l'aide médicale de l'État et des organismes de base pour les soins des titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).
- 4. Chaque année, des révisions (principalement méthodologiques et liées à l'actualisation des données comptables et statistiques) sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité et la précision. L'ensemble des révisions opérées en 2018 modifie les montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM sur plusieurs années. À titre d'illustration, pour l'exercice comptable 2016, le reste à charge des ménages RAC (7,6 % du total de la CSBM dans cette édition) est révisé à la baisse de 1,5 milliard d'euros par rapport à l'édition 2017 (8,3 % de la CSBM).
- 5. La DCSi correspond à la CSBM majorée notamment des dépenses de soins de longue durée, des subventions au système de soins nettes, et d'une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion du système de soins.

GRAPHIQUE 2
 Dépense courante de santé au sens international en 2016



Note • À partir de l'édition 2018 (données 2016), les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSi française.
 Source • OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

de santé. Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, leur rythme de croissance étant toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2016, contre 1 % entre 2009 et 2013. Ce rebond des dépenses de santé dans l'UE-15 est dû à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive des soins dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie.

Le financement des systèmes de santé diffère entre les pays de l'OCDE

Dans les pays développés de l'OCDE, plus de la moitié de la DCSi est financée par des régimes publics ou une assurance maladie obligatoire.

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un service national de santé financé par l'impôt. Les résidents sont couverts automatiquement. Les administrations centrales, régionales ou locales prennent à leur charge plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et cette part dépasse 80 % au Danemark et en Suède.

Dans les systèmes à dominante assurantielle, les prestations maladie sont majori-

tairement versées en contrepartie de cotisations. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, en France, en Allemagne ou au Japon, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé sont couvertes par les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les assurances maladie sont généralement publiques. Dans ce cas, les prestations maladie sont gérées par des caisses de Sécurité sociale et les cotisations sociales sont le plus souvent assises sur les revenus d'activité. Dans certains cas toutefois, comme en Suisse et aux Pays-Bas, la gestion du système d'assurance maladie obligatoire est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence.

Les dépenses d'administration du système de soins⁶ sont très disparates entre pays de l'OCDE. Les plus importantes sont généralement observées dans les pays à dominante assurantielle, au premier rang desquels les États-Unis (8,3 % de la DCSi) et la France (5,7 %).

En France, la part des dépenses courantes de santé à la charge des ménages est la plus faible des pays de l'OCDE

En 2016, au sein de l'UE-15, 16 % de la DCSi restent en moyenne à la charge des ménages après intervention de l'État et des assurances publiques et privées. Les restes à charge les plus élevés sont

atteints dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (22 % en moyenne) et en Suisse (30 %). La France est, parmi les pays de l'OCDE, celui où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi (10 %). Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou Obamacare) a conduit à une profonde réforme du système, dont la structure de financement est désormais proche de celle de la France. Toutefois, la dépense de soins y est particulièrement élevée en raison des honoraires de médecins et des prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays. Dès lors, le reste à charge par habitant exprimé en PPA est nettement supérieur aux États-Unis (880 euros PPA) contre, par exemple 380 euros PPA pour la France, pays de l'UE-15 où il est le plus faible.

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires constituent le principal poste de dépenses restant à la charge directe des ménages, pour un tiers du total. Un quart du reste à charge est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux, devant les dépenses hospitalières (8 %). La France se singularise : en 2016, les dépenses pharmaceutiques sont le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (24 %), juste devant les soins ambulatoires (23 %). ■

• • •
6. Frais d'administration des politiques gouvernementales, supervision des fournisseurs de soins, recouvrement des financements et frais de gestion du système de soins, etc.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J-P, Mikou, M., Ferretti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017 – édition 2018. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **Grangier, J.** (2018, septembre). Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES, *Études et Résultats*, 1077.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384