

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2024

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2025

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

PANORAMAS

Les dépenses de santé en 2024

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2025

Les dépenses de santé en 2024 – Édition 2025

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Clément Delecourt** et **Mathilde Didier**

Relecture

Franck Arnaud

Coordination

Théodore Bérut et Clément Delecourt

Maquette

Loïc Vinet

Production des comptes pour la France

Samy Aït-Touati, Clément Delecourt, Anne-Sophie Kontopoulos, Geoffrey Lefebvre, Vincent Reduron, Loïc Vinet

Rédaction

Samy Aït-Touati, Théodore Bérut, Alexandre Cazenave-Lacroutz, Clément Delecourt, Mathilde Didier, Anne-Sophie Kontopoulos, Geoffrey Lefebvre, Youri Le Velly, Édouard Maugendre, Pierre Poulon, Vincent Reduron, Loïc Vinet, Bastien Virely

Directeur de la publication

Thomas Wanecq

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Secrétariat de rédaction et graphisme

Élisabeth Castaing, Julie Eneau, Céline Roux

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 (DSS), la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques (DGFIP), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Confédération nationale du Planning familial, l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), le Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (RLAM), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Direction générale des collectivités locales (DGCL), la Direction générale du travail (DGT), la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), le ministère de l'Éducation nationale, la fédération des laboratoires pharmaceutiques du premier recours (NèreS), OpenHealth Company et l'Union nationale des associations agréées (Unasa).

Avant-propos

Production de référence pour l'analyse macroéconomique du système de santé, les comptes nationaux de la santé offrent une photographie unique et exhaustive des dépenses de santé en France : qu'il s'agisse des soins et des biens médicaux retenus, ainsi que des financeurs pris en compte. Accompagnant la diffusion des comptes, ce Panorama propose une description et une analyse des dépenses de santé sur l'année 2024, replacées dans le contexte de leurs évolutions récentes et mises en perspective dans un cadre international.

Chaque année, ses principaux enseignements sont présentés par la DREES, lors de la Commission des comptes de la santé, au ministre en charge de la santé, à des représentants des professionnels de la santé, ainsi qu'à des personnalités et acteurs du secteur. 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. Depuis 2024, la Commission est présidée par Florence Jusot.

Les comptes de la santé constituent l'un des comptes thématiques 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 2024, puis de cinq chapitres. Les deux premiers chapitres traitent de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en la déclinant d'abord par composante, puis par financeur. Le troisième porte sur la dépense courante de santé au sens international (DCSi), agrégat plus large et adapté aux comparaisons internationales. Le quatrième présente une analyse complémentaire sur les indemnités journalières, qui ne sont pas incluses dans la DCSi. Enfin, le dernier chapitre est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et de leur financement.

Tous les ans, des modifications sont apportées à la méthodologie d'élaboration des comptes, pour améliorer leur précision ou leur exhaustivité. L'édition 2024 était principalement marquée par un important changement méthodologique : l'utilisation du Système national des données de santé (SNDS) pour construire les comptes du secteur marchand. Dans cette présente édition, l'une des principales évolutions concerne le périmètre des soins comptabilisés : de nouvelles sources ont été mobilisées pour intégrer des soins de professions de santé qui n'étaient pas inclus précédemment faute de sources statistiques, à savoir les psychologues, les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les diététiciens.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2024 – Édition 2025

Vue d'ensemble	8
La CSBM et ses composantes	21
Fiche 01 • La consommation de soins et de biens médicaux	22
Les soins hospitaliers	
Fiche 02 • Les soins hospitaliers	28
Fiche 03 • Le secteur hospitalier.....	34
Les soins ambulatoires	
Fiche 04 • Les soins des médecins généralistes.....	42
Fiche 05 • Les soins des médecins spécialistes.....	48
Fiche 06 • Les soins de sages-femmes	55
Fiche 07 • Les soins infirmiers.....	58
Fiche 08 • Les soins des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers	61
Fiche 09 • Les soins dentaires.....	66
Fiche 10 • Les soins en centre de santé	72
Fiche 11 • Les analyses et prélèvements en laboratoires de biologie médicale	75
Fiche 12 • L'imagerie médicale.....	78
Fiche 13 • Les transports sanitaires.....	81
Les biens médicaux	
Fiche 14 • Les médicaments en ambulatoire	86
Fiche 15 • La structure des ventes de médicaments aux officines.....	91
Fiche 16 • L'optique médicale.....	96
Fiche 17 • Les dispositifs médicaux hors optique médicale.....	98
Le financement de la CSBM	105
Fiche 18 • Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	106
Fiche 19 • Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale et l'État.....	112
Fiche 20 • Le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires	118
Fiche 21 • Le reste à charge des ménages.....	122
La DCSi et son financement	127
Fiche 22 • La dépense courante de santé au sens international et son financement	128
Fiche 23 • Les dépenses de prévention	133
Fiche 24 • Les dépenses de gestion du système de santé.....	138

Les indemnités journalières 143

Fiche 25 • Les indemnités journalières.....	144
---	-----

Comparaisons internationales 149

Fiche 26 • Comparaisons internationales de la dépense courante de santé en 2023 et 2024	150
---	-----

Comparaisons internationales des systèmes de santé et de leur financement

Fiche 27 • Comparaisons internationales des systèmes de santé et de leur financement	158
--	-----

Fiche 28 • Comparaisons internationales du reste à charge des ménages	166
---	-----

Comparaisons internationales par type de dépense

Fiche 29 • Comparaisons internationales des dépenses hospitalières.....	176
---	-----

Fiche 30 • Comparaisons internationales des dépenses de soins ambulatoires.....	184
---	-----

Fiche 31 • Comparaisons internationales des dépenses de soins dentaires	189
---	-----

Annexes 193

Annexe 1 • Les agrégats des comptes de la santé.....	194
--	-----

Annexe 2 • Sources et méthodes.....	197
-------------------------------------	-----

Annexe 3 • Les révisions de l'édition 2025 des comptes de la santé	200
--	-----

Annexe 4 • Le partage volume/prix dans les comptes de la santé	209
--	-----

Annexe 5 • Liste des sigles utilisés	217
--	-----

Annexe 6 • Glossaire.....	221
---------------------------	-----

Tableaux détaillés 229

Les dépenses de santé depuis 2014.....	230
--	-----



Vue d'ensemble



La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2024, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 333 milliards d'euros, soit 11,4 % du PIB. Elle augmente de 3,6 % en 2024 (après +3,4 %), une progression qui se situe parmi les plus modérées au sein de l'Union européenne. Représentant 77 % de la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) connaît une augmentation comparable, de 3,7 % (après +4,8 %). Les volumes consommés fléchissent très légèrement (+3,0 % après +3,3 %), mais les prix ralentissent globalement davantage (+0,6 % après +1,4 %). Les prix de la CSBM augmentent ainsi moins que l'inflation en 2024 (+2,0 %), tandis qu'en valeur, la CSBM augmente un peu plus que le PIB (+3,3 %).

Le volume de soins hospitaliers consommés dans le secteur public accélère un peu (+2,3 % après +2,1 %), mais il reste inférieur à son niveau d'avant crise. En ville, de nombreuses revalorisations tarifaires affectent le coût des soins (hausse des prix importantes pour les sages-femmes et les auxiliaires médicaux entre autres). La consommation de médicaments en valeur demeure très dynamique, portée par les volumes consommés, et une moindre baisse des prix en 2024 que les années précédentes.

Le financement par les administrations publiques de la CSBM demeure à un niveau historiquement élevé, mais baisse de 0,5 point en 2024, à 79,4 %, au profit de celui des organismes complémentaires et des ménages. La baisse des remboursements publics de certains soins (plutôt reportés sur les organismes complémentaires) et la hausse des participations des assurés (plutôt à la charge directe des ménages) ne sont pas totalement compensées par les dispositifs de prise en charge intégrale des dépenses par les administrations publiques, comme les affections de longue durée. Toutefois, sur le champ de la DCSi, le reste à charge des ménages en France demeure parmi les plus faibles de l'Union européenne.

La DCSi s'élève à 333 milliards d'euros en 2024, dont 255 milliards d'euros de CSBM

En 2024, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 332,6 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 11,4 % du PIB. Elle augmente de 3,6 %, après +3,4 % en 2023 et +2,5 % en 2022. La DCSi est portée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en augmentation de 3,7 % en 2024, et dans une moindre mesure par les dépenses de gestion du système de santé (+4,9 % en 2024).

La CSBM, qui représente 77 % de la DCSi, s'élève à 254,8 milliards d'euros en 2024. Elle augmente de 3,7 %, ralentissant par rapport aux années précédentes (+4,1 % en 2022, +4,8 % en 2023). Ce ralentissement doit toutefois être relativisé : en 2024, la CSBM et la DCSi augmentent un peu plus que le PIB (*graphique 1*), à l'inverse des deux années précédentes.

Les soins de longue durée, deuxième composante de la DCSi après la CSBM (16 % de la DCSi), croissent à un rythme très légèrement inférieur (+3,4 % en 2024), s'élevant à 52,2 milliards d'euros. Les coûts de gestion du système de santé (16,9 milliards d'euros en 2024, soit 5 % de la DCSi) accélèrent (+4,9 % en 2024, après +2,4 % en 2023), essentiellement en raison des charges de gestion des organismes complémentaires (+5,8 % après +4,5 %). En 2024, les dépenses de prévention augmentent de 0,9 %, après avoir diminué de 50,4 % entre 2021 et 2023 avec la sortie progressive de la crise sanitaire. Depuis 2019, les dépenses de prévention ont augmenté de 38,8 %. En 2024, si les dépenses de prévention liées au Covid-19 continuent de refluer, les dépenses de prévention en protection maternelle et infantile et au travail sont dynamiques.

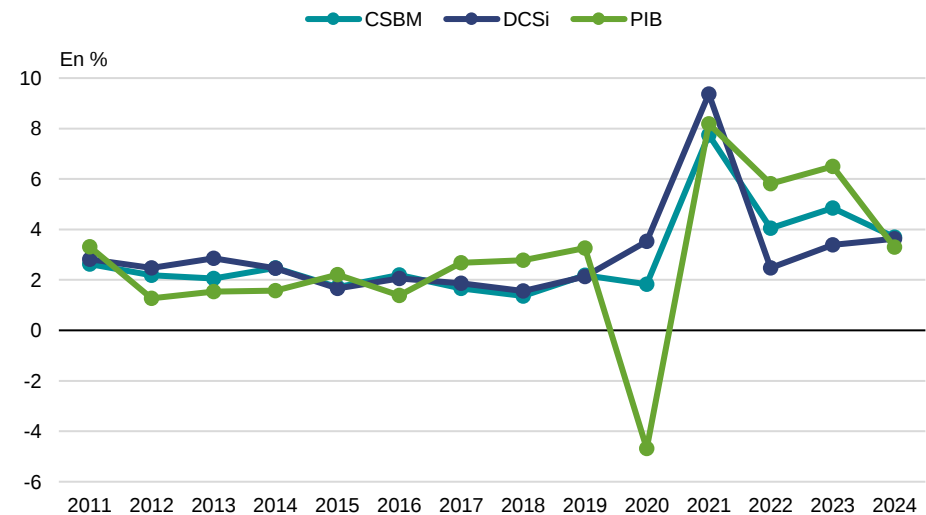
En 2024, la part de la CSBM et de la DCSi dans le PIB se stabilisent aux mêmes niveaux qu'en 2023 : respectivement 8,7 % et 11,4 %. Ces parts sont relativement stables depuis dix ans, hors crise sanitaire.

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

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)
Soins hospitaliers	84 799	99 061	106	110	117	120	2,9
Soins hospitaliers publics	65 564	77 125	81 902	85 930	91 279	93 644	2,6
Soins hospitaliers privés	19 236	21 936	24 115	24 811	26 107	27 139	4,0
Soins ambulatoires	56 421	62 557	68 683	71 239	74 839	77 825	4,0
Soins en cabinet libéral	42 124	46 860	50 960	52 592	54 676	56 960	4,2
Soins de médecins et de sages-femmes	17 789	19 412	20 168	20 984	21 650	22 724	5,0
Soins d'auxiliaires médicaux	13 652	16 832	18 556	19 131	20 119	21 031	4,5
Soins dentaires	10 682	10 617	12 236	12 477	12 908	13 205	2,3
Soins en centre de santé	1 522	2 453	2 911	3 249	3 616	3 842	6,2
Activités techniques et auxiliaires	12 776	13 244	14 812	15 399	16 546	17 023	2,9
Laboratoires de biologie médicale	4 189	4 377	4 619	4 546	4 710	4 675	-0,7
Imagerie médicale	4 119	4 052	4 544	4 771	5 125	5 485	7,0
Transports sanitaires	4 468	4 815	5 650	6 081	6 711	6 863	2,3
Biens médicaux	46 343	47 413	50 520	52 369	53 483	56 188	5,1
Médicaments	31 640	29 613	30 622	32 179	32 719	34 503	5,5
Dispositifs médicaux	14 703	17 800	19 898	20 191	20 764	21 685	4,4
Optique médicale	6 378	6 468	7 549	7 574	8 001	8 273	3,4
Dispositifs médicaux hors optique	8 325	11 332	12 349	12 616	12 762	13 412	5,1
CSBM	187	209	225	234	245	254	3,7
CSBM (en % du PIB)	8,7	9,0	9,0	8,8	8,7	8,7	
Dépenses hors CSBM	56 528	67 977	77 750	76 123	75 275	77 844	3,4
Soins de longue durée	35 982	43 488	44 886	47 049	50 498	52 208	3,4
Prévention	5 611	9 339	17 455	13 330	8 657	8 731	0,9
Gouvernance	14 935	15 150	15 408	15 744	16 120	16 905	4,9
DCSi	244	277	302	310	320	332	3,6
Part en % du PIB	11,3	11,9	12,1	11,7	11,4	11,4	

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

Graphique 1 Taux de croissance de la CSBM, de la DCSi et du PIB en valeur



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

Les soins hospitaliers représentent près de la moitié de la CSBM en 2024

La consommation de soins et de biens médicaux se compose en premier lieu des soins hospitaliers, qui représentent 47 % de la CSBM en 2024 (*graphique 2*), soit 120,8 milliards d'euros. Les dépenses de soins hospitaliers sont majoritairement effectuées dans le secteur public (93,6 milliards d'euros). Elles augmentent de 2,9 % en 2024, plus rapidement dans le secteur privé (4,0 %) que dans le secteur public (2,6 %). Dans le secteur public comme dans le secteur privé, les volumes de soins soutiennent la croissance. Les prix des soins hospitaliers ralentissent nettement en 2024 (+0,6 % après +4,5 %), en particulier dans le secteur public, en raison notamment de la baisse des prix de l'énergie.

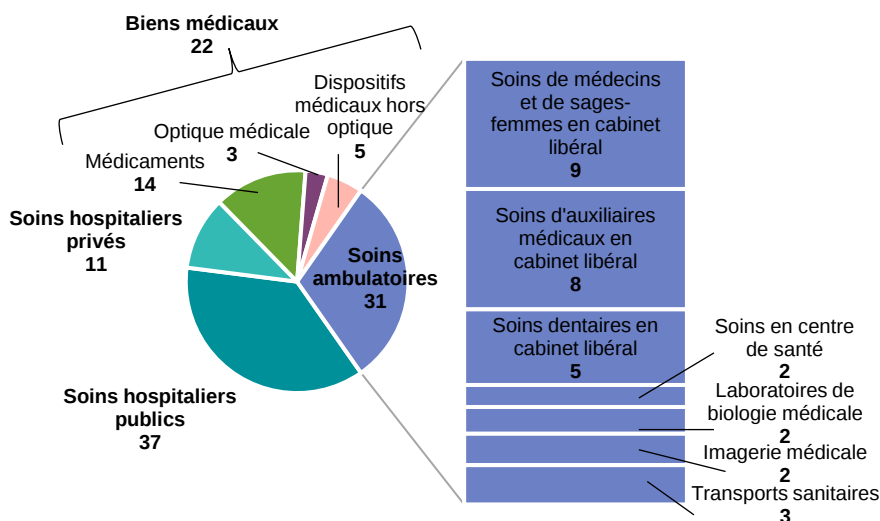
Les soins ambulatoires (hors soins ambulatoires hospitaliers) représentent la deuxième composante de la CSBM : 77,8 milliards d'euros en 2024, soit 31 % de la CSBM. Ils sont composés des soins en cabinet libéral (57,0 milliards d'euros), des soins en centre de santé (3,8 milliards d'euros) et des activités techniques et auxiliaires (analyses et prélèvements en laboratoire de biologie médicale, imagerie médicale, transports sanitaires), qui s'élèvent à 17,0 milliards d'euros en 2024. Les soins ambulatoires augmentent de 4,0 % en 2024, du fait d'une hausse dynamique des soins de médecins généralistes comme de médecins spécialistes. Les soins de sages-femmes en cabinet libéral et les soins en

centre de santé (tous professionnels de santé confondus), s'ils sont minoritaires au sein de la CSBM, progressent également de façon soutenue. Les dépenses liées aux activités techniques et auxiliaires augmentent de 2,9 % en 2024, mais avec des évolutions contrastées selon les activités : ainsi, les dépenses en laboratoire de biologie médicale (4,7 milliards d'euros) diminuent, de -0,7 %, tandis que les dépenses en centre d'imagerie sont beaucoup plus dynamiques (+7,0 %), confirmant une tendance à l'œuvre depuis 2021. Les dépenses de transports sanitaires sont relativement plus atones, augmentant de 2,3 % en 2024. À l'inverse du secteur hospitalier, les prix des soins ambulatoires accélèrent un peu en 2024 (+1,6 % après +0,4 %), du fait notamment des revalorisations tarifaires.

Les dépenses de biens médicaux composent les 22 % restants de la CSBM, soit 56,2 milliards d'euros. Cette part a diminué de 3 points entre 2014 et 2024, en raison de la baisse des dépenses de médicaments (-6,4 % entre 2014 et 2024). Même si ces dépenses sont à nouveau à la hausse en 2024, elles représentent 14 % de la CSBM en 2024, contre 17 % en 2014. Elles sont s'élèvent à 34,5 milliards d'euros en 2024. Elles sont complétées par les dépenses de dispositifs médicaux (21,7 milliards d'euros), au premier rang desquels les dispositifs d'optique médicale (8,3 milliards d'euros). Parmi les dispositifs médicaux, les dépenses de matériels et d'appareils d'aide à la vie sont particulièrement dynamiques en 2024.

Graphique 2 Structure de la CSBM et des soins ambulatoires en 2024

En %



Source > DREES, comptes de la santé.



La composition de la CSBM apparaît relativement stable dans le temps : en 1950, la CSBM était composée à 44 % de soins hospitaliers et à 27 % de soins ambulatoires (*encadré 1*), tandis qu'en 2024, elle est composée à 47 % de soins hospitaliers et à 31 % de soins ambulatoires. En 75 ans, la bascule

de l'hôpital vers la ville n'est que de 3 points. La structure des dépenses de biens médicaux a davantage évolué : en 1950, les médicaments représentaient 86 % des biens médicaux consommés, tandis qu'en 2024, ils n'en représentent plus que 61 %.

Encadré 1 La CSBM depuis 1950

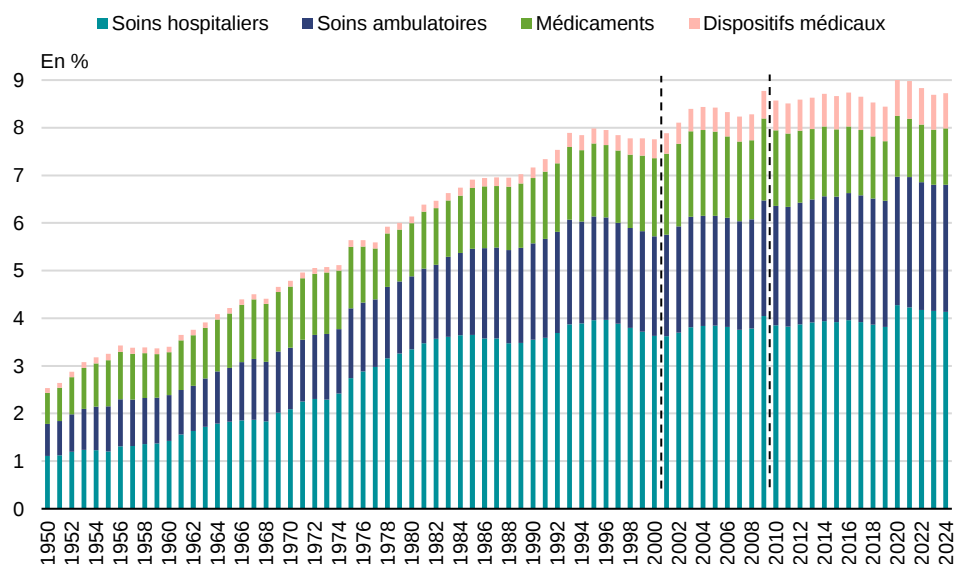
Entre 1950 et 2024, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen supérieur à celui du produit intérieur brut (PIB) (*graphique 3*). La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a ainsi augmenté de 2,5 % à 8,7 %.

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 2015, cette part varie ensuite avec l'accélération ou le ralentissement de la croissance économique. Elle continue cependant de progresser jusqu'à 8,7 %. Elle diminue légèrement jusqu'en 2019, s'établissant à 8,4 % du PIB.

La crise due au Covid-19 fait bondir les dépenses de santé : elles atteignent 9,0 % du PIB en 2020 et 2021. Depuis, la part des dépenses de santé dans le PIB diminue (8,8 % en 2022, 8,7 % en 2023 et 2024) avec le reflux de l'épidémie. Finalement, la part de la CSBM dans le PIB en 2024 est identique à celle de 2016, et en dehors de fluctuations conjoncturelles, la progression tendancielle observée depuis 1950 paraît ininterrompue.

Graphique 3 La CSBM dans le PIB depuis 1950



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

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

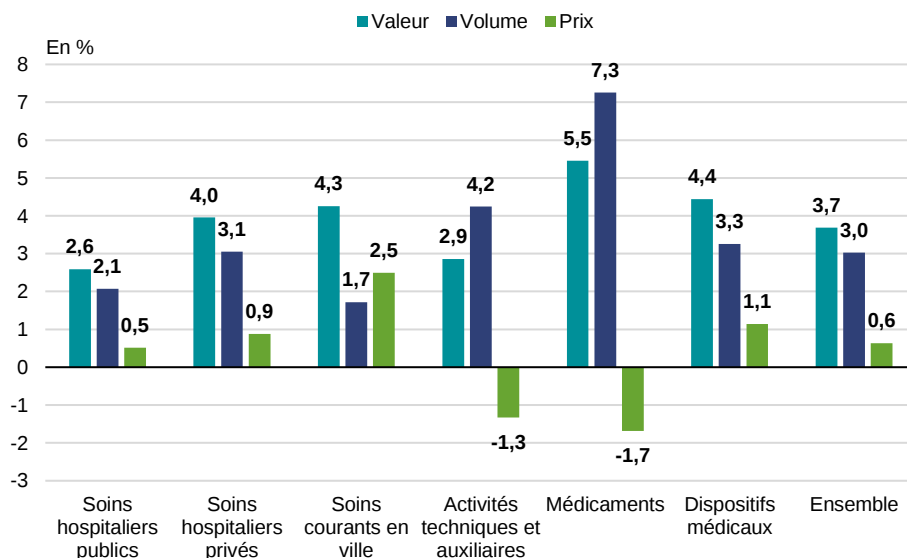
Le prix de la CSBM croît moins que l'inflation en 2024

La croissance de la CSBM en 2024 est la résultante d'une hausse des prix (modérée, de 0,6 %) et du volume (plus dynamique, de 3,0 %) [graphique 4]. La croissance de l'activité en volume est portée par la forte progression des médicaments, dont la consommation en volume augmente de 7,3 % en 2024. Ce dynamisme est dû à l'arrivée de nouveaux médicaments innovants sur le marché et par l'essor de la consommation de certains médicaments remboursables. Les soins hospitaliers augmentent également en volume : +3,1 % en clinique, +2,1 % à l'hôpital public. Cette progression est alimentée par la croissance du nombre de séjours, ce qui témoigne d'un recours accru à l'hospitalisation en 2024. Les soins courants en ville (en cabinet libéral ou en centre de santé) progressent modérément en volume (+1,7 %), surtout portés par les soins de médecins spécialistes en cabinet libéral, qui augmentent de 2,3 %. Les soins de médecins généralistes augmentent relativement moins en volume (+0,4 %). Les soins d'auxiliaires médicaux contribuent davantage à l'augmentation des dépenses de santé ; ainsi, les soins de kinésithérapie progressent de 5,5 % en volume en 2024. Les activités techniques et auxiliaires sont également dynamiques en volume (+4,2 %), portées par les activités en laboratoire de

biologie médicale (+8,0 %) et par l'imagerie médicale (+8,1 %), mais tempérées par un recul de la consommation en volume des transports sanitaires (-1,3 %). La consommation de dispositifs médicaux augmente en volume de 3,3 %, davantage que sa principale composante, les dispositifs d'optique médicale (+1,9 %).

Le prix de la CSBM augmente moins que l'inflation en 2024 (0,6 % contre 2,0 %). Il est porté par les prix des soins courants en ville (+2,5 %), tirés à la hausse par une revalorisation des tarifs des médecins généralistes (augmentation de 4,9 % du montant de ces dépenses), des orthophonistes (+4,1 %), des pédicures-podologues (+21,2 %), et des sages-femmes (+7,3 %). Les prix augmentent peu dans le secteur hospitalier (+0,5 % dans le secteur public, +0,9 % dans le secteur privé), car la baisse des prix de l'énergie modère les hausses de rémunérations du personnel. Les prix des activités techniques et auxiliaires sont en baisse de 1,3 % : c'est principalement la conséquence de baisses des tarifs, qui font baisser de 8,1 % les prix des actes en laboratoire de biologie médicale. Les prix des médicaments diminuent de 1,7 %, soit moins que les années précédentes, en raison de la stagnation des remises conventionnelles (qui augmentaient nettement les années précédentes), ce qui limite la baisse des prix observée.

Graphique 4 Taux de croissance en 2024 de la CSBM en valeur, volume et prix



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



L'activité à l'hôpital public en 2024 est inférieure de 3,5 % à celle en 2019

Les soins hospitaliers publics représentent la principale composante de la CSBM, pour un montant de 93,6 milliards d'euros en 2024. Après une phase de croissance régulière entre 2010 et 2019, durant laquelle ils ont augmenté de 21,3 % (*graphique 5*), portés majoritairement par les volumes d'activité (les prix augmentant très peu), les soins hospitaliers publics connaissent une dynamique forte depuis 2019 intégralement portée par les prix. En 2020, l'augmentation des prix est très importante (+16,5 %), alors que la consommation en volume s'est effondrée avec la crise sanitaire (-7,7 %). Si la consommation a légèrement repris en 2021 (+2,7 %), elle s'est à nouveau repliée en 2022 (-1,2 %), avant de rebondir faiblement en 2023 (+1,6 %). Sur la même période, les prix sont restés beaucoup plus dynamiques (+3,4 % en 2021, +6,2 % en 2022, +4,5 % en 2023), soutenant ainsi la croissance en valeur. En 2024, les prix hospitaliers ralentissent (+0,5 %), tandis que l'activité hospitalière redevient un peu plus dynamique (+2,1 %). Ce retour de l'activité ne permet cependant pas à l'hôpital public de retrouver son niveau d'avant la crise sanitaire : il reste inférieur de 3,5 % au niveau de 2019. Cette baisse est principalement due à la baisse continue de l'activité en psychiatrie depuis 2016, amplifiée par la crise sanitaire. En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les soins hospitaliers publics retrouvent leur volume d'activité de 2019.

La dynamique des soins hospitaliers du secteur privé est plus régulière : après avoir augmenté rapidement en 2021 (10,0 %), elle connaît depuis 2022 une croissance de 2,9 % en 2022, 5,2 % en 2023 et 4,0 % en 2024, portée plutôt par les volumes que par les prix sur cette période.

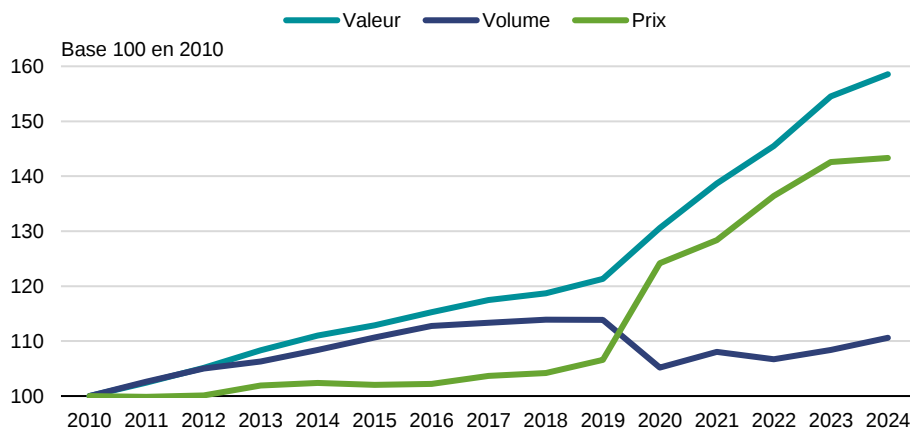
De nombreuses revalorisations tarifaires pour les soins ambulatoires en 2024

Les soins ambulatoires sont plus dynamiques que les soins hospitaliers en 2024 (+4,0 % contre +2,9 %). Les multiples revalorisations tarifaires intervenues en 2023 et 2024 soutiennent les dépenses de soins ambulatoires : hausse des tarifs des médecins généralistes, des interruptions volontaires de grossesse des sages-femmes, des rémunérations des infirmières à domicile, des tarifs des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes et des pédicures-podologues, des tarifs des soins conservateurs des dentistes et des forfaits techniques en centre d'imagerie.

Au sein des soins ambulatoires, la part des contrats et assimilés, c'est-à-dire les rémunérations directes versées par l'Assurance maladie aux professionnels de santé ou aux structures (y compris quand elle prend en charge leurs cotisations sociales), s'établit en 2024 à 7,0 % de la dépense (*graphique 6*).

Les honoraires en ville dans le champ des soins ambulatoires se composent à 17,3 % de dépassements d'honoraires. Les participations assurés, payées par les ménages à l'Assurance maladie, représentent 2,0 % des honoraires en ville, en hausse de 0,5 point en 2024, conséquence du doublement des franchises sur les actes des auxiliaires médicaux et sur les transports sanitaires, ainsi que des participations forfaitaires sur les consultations ou actes réalisés par des médecins, sur les examens de radiologie et sur les analyses biologiques.

Graphique 5 Niveaux de la consommation de soins hospitaliers publics en valeur, volume et prix



Source > DREES, SAE et ATIH ; calculs DREES.

Les franchises représentent 2,5 % de la consommation de médicaments en 2024

La consommation de biens médicaux augmente de 5,1 % en 2024. Elle est portée par le dynamisme de la consommation des médicaments remboursables (7,4 % en 2024) et par la hausse du recours à des médicaments innovants. Il faut remarquer que les franchises représentent en 2024 2,5 % de la consommation de médicaments en ambulatoire, contre 2,0 % en 2023. La consommation de dispositifs médicaux hors optique médicale est dynamique, soutenue par la hausse de la consommation de matériels et d'aide à la vie, dont la demande augmente avec le vieillissement de la population.

Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale recule légèrement en 2024

Les administrations publiques (Sécurité sociale et État) sont le premier financeur de la CSBM : en 2024, elles en financent 202,3 milliards d'euros, soit 79,4 %. Les organismes complémentaires financent 12,8 % des dépenses de santé, soit 32,5 milliards d'euros, et les ménages 20,0 milliards d'euros, soit 7,8 %. En 2024, la part de la CSBM financée par les administrations publiques recule de 0,5 point, alors

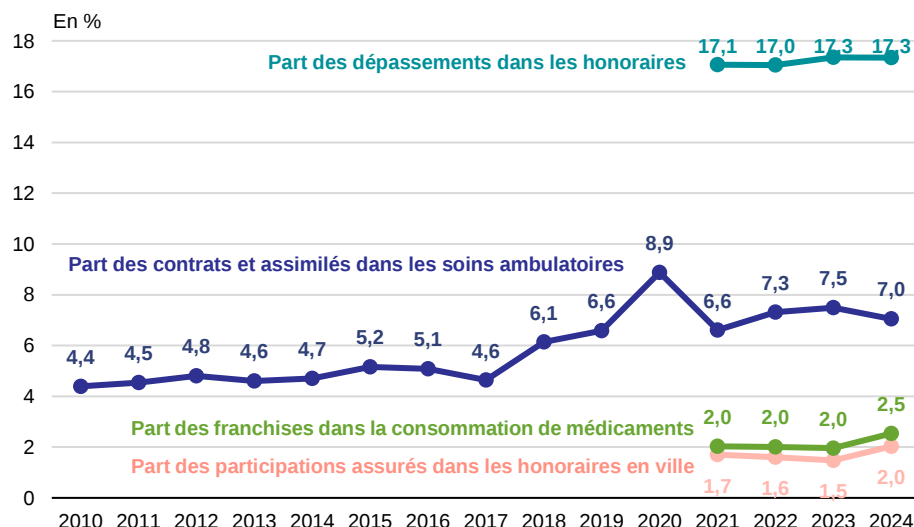
que la prise en charge des organismes complémentaires augmente de 0,3 point, et le reste à charge des ménages augmente de 0,1 point (graphique 7).

La participation de l'État au financement de la santé est limitée : elle concerne l'Aide médicale de l'État, les frais de santé des invalides de guerre, et le financement des hôpitaux militaires. Cette part est stable en 2024, à 0,7 % de la CSBM.

La baisse des remboursements par la Sécurité sociale des soins dentaires (depuis octobre 2023) et le doublement des franchises et participations forfaitaires modifient le financement des dépenses de santé, en abaissant la part des dépenses financées par la Sécurité sociale, et en rehaussant la part financée par les organismes complémentaires et les ménages. Ces modifications sont suffisamment importantes pour excéder l'impact contraire de la prise en charge des affections de longue durée (ALD)¹.

Néanmoins, des dispositifs spécifiques (comme les affections de longue durée) modèrent ces transferts. D'autres facteurs peuvent modifier le financement des dépenses de soins, comme les dépassements d'honoraires. Ainsi, les prestations de santé versées par les organismes complémentaires augmentent de 6,2 % en 2024, et le reste à charge des ménages de 5,8 %.

Graphique 6 Parts des dépassements, des participations assurés et des rémunérations directes



Note > Les données sur les dépassements, les participations assurés et les franchises sur les boîtes de médicaments ne sont pas disponibles avant 2021.

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Le dispositif des ALD prévoit une prise en charge intégrale du ticket modérateur par l'Assurance maladie. Du fait de la croissance du nombre de patients en bénéficiant et de la dynamique de leurs soins remboursés, le

dispositif a un effet mécanique de hausse de la part du financement de la CSBM par l'Assurance maladie.



Les administrations publiques financent 27,8 milliards d'euros de reste à charge en ville en 2024

Une partie des dépenses de la Sécurité sociale et de l'État correspondent à des dépenses prises en charge au-delà du socle minimal de remboursement qui s'applique aux dépenses. Il existe en effet de nombreux dispositifs qui offrent une couverture supplémentaire des dépenses de santé à certains publics : les personnes reconnues en affections de longue durée, les femmes enceintes, les bénéficiaires de l'Aspa (ex-minimum vieillesse), etc. Ces dispositifs assurent la prise en charge d'une partie des dépenses par la Sécurité sociale ou l'État, au profit des organismes complémentaires ou des ménages. Au titre de ces dispositifs, les administrations publiques financent 27,8 milliards d'euros en 2024,

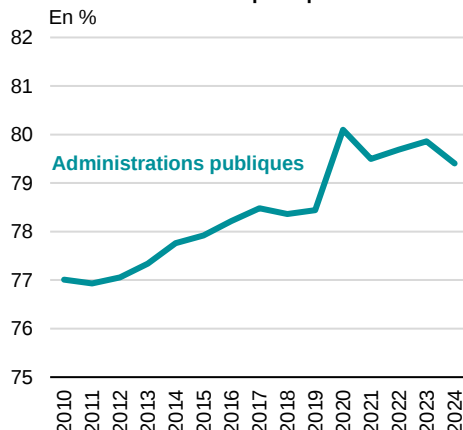
hors hôpital public. Ces dépenses augmentent de 6,2 % en 2024, plus rapidement que celles des remboursements de santé auxquels ont droit tous les assurés sociaux (+3,0 %).

La CSBM financée par les administrations publiques représente 6,9 % de PIB

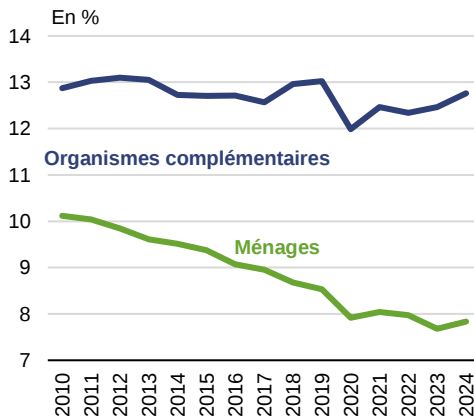
Entre 2010 et 2019, la part de la CSBM financée par les administrations publiques dans le PIB est restée stable, autour de 6,7 % (graphique 8). Après avoir augmenté en 2020, à 7,2 %, en raison de l'augmentation des dépenses de santé et de la contraction de l'activité, cette part a décliné depuis 2021 de 0,1 point de PIB par an entre 2021 et 2023, et se stabilise en 2023 et 2024 à 6,9 %, un niveau supérieur de 0,2 points au niveau moyen des années 2010 à 2019.

Graphique 7 Évolution du financement de la CSBM

a. Par les administrations publiques

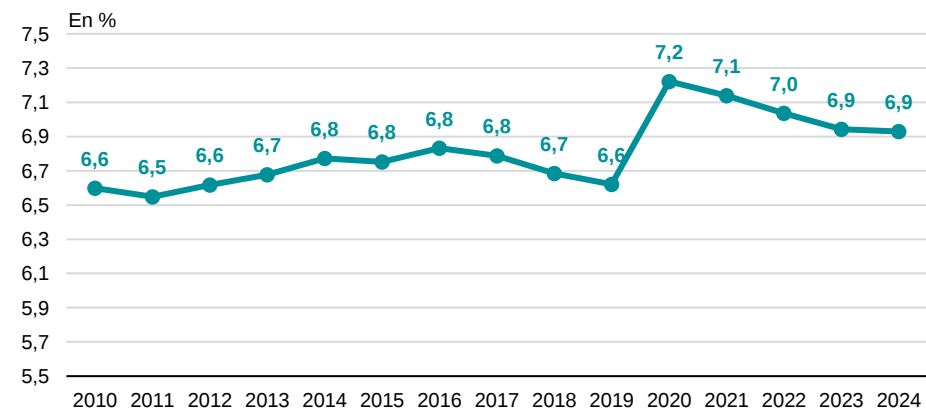


b. Par les autres financeurs



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 8 Part de la CSBM financée par les administrations publiques dans le PIB



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

En 2024, le reste à charge moyen s'élève à 292 euros par personne

Le reste à charge des ménages, représentant la part de la CSBM financée directement par les ménages, s'élève à 20,0 milliards d'euros en 2024, soit 7,8 % de la CSBM. Par habitant, cela représente un montant de 292 euros, après 276 euros en 2023 (*graphique 8*). Les soins ambulatoires sont le premier poste que les ménages financent directement (133 euros par personne en 2024). En revanche, en part dans la dépense, c'est au financement des dispositifs médicaux qu'ils contribuent le plus, les administrations publiques et les organismes complémentaires intervenant moins dans le financement de ce poste.

Le taux de reste à charge des ménages augmente de 0,1 point en 2024, de 7,7 % de la CSBM en 2023 à 7,8 % en 2024 (*graphique 9*). Cette évolution résulte premièrement du doublement des participations assurés : les postes de dépenses concernés

par ces participations contribuent à la hausse, notamment les soins de médecins et sages-femmes (+0,06 point), les soins d'auxiliaires médicaux (+0,04 point), les analyses en laboratoire (+0,03 point) et les médicaments (+0,01 point). La progression du reste à charge en clinique est également significative (+0,08 point sur le reste à charge de la CSBM). Elle contrebalance les diminutions observées sur les soins dentaires (-0,06 point) et les dispositifs médicaux (-0,02 point). Il s'agit néanmoins du second taux le plus bas (après 2023) depuis 2010.

Sur le champ de la DCSi, c'est-à-dire en incluant les dépenses de prévention, de soins de longue durée, et de gouvernance, la part de la DCSi financée par les ménages s'élève à 10,2 %, une part stable par rapport à 2023 (*graphique 10*). Cette part est plus élevée en raison d'une participation importante des ménages au financement des soins de longue durée.

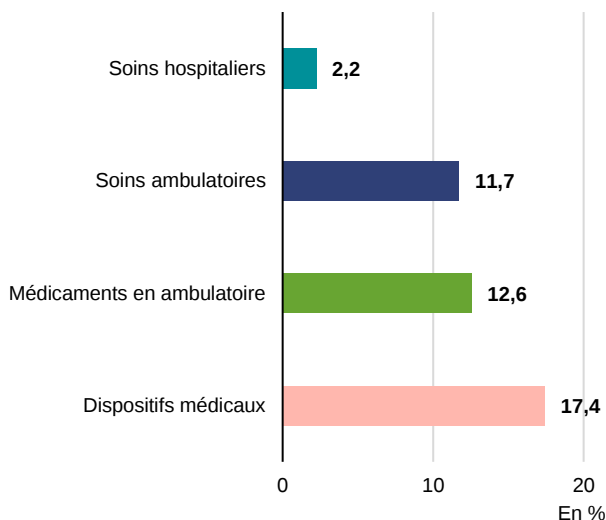
Graphique 8 Montant moyen de reste à charge par habitant et part de reste à charge par composante en 2024

a. Reste à charge par habitant

En euros



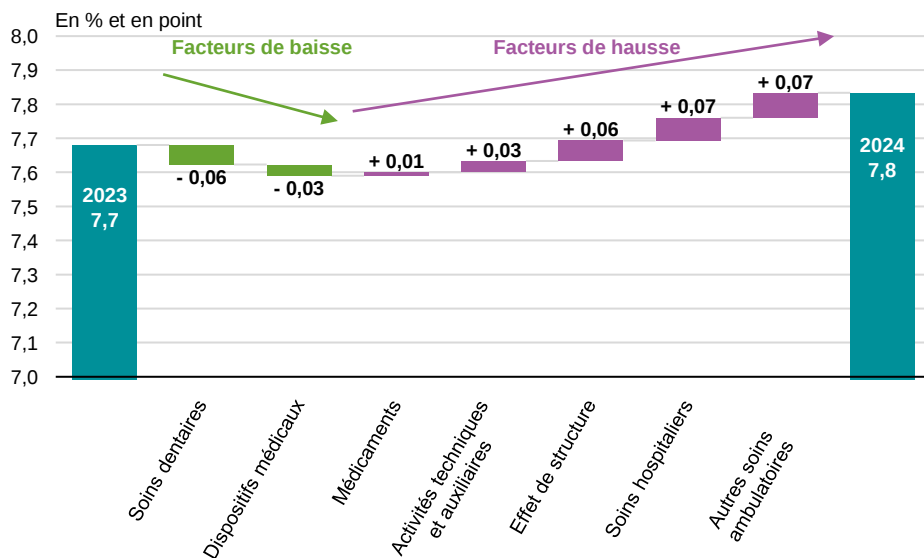
b. Part dans la dépense totale du poste



Source > DREES, comptes de la santé.

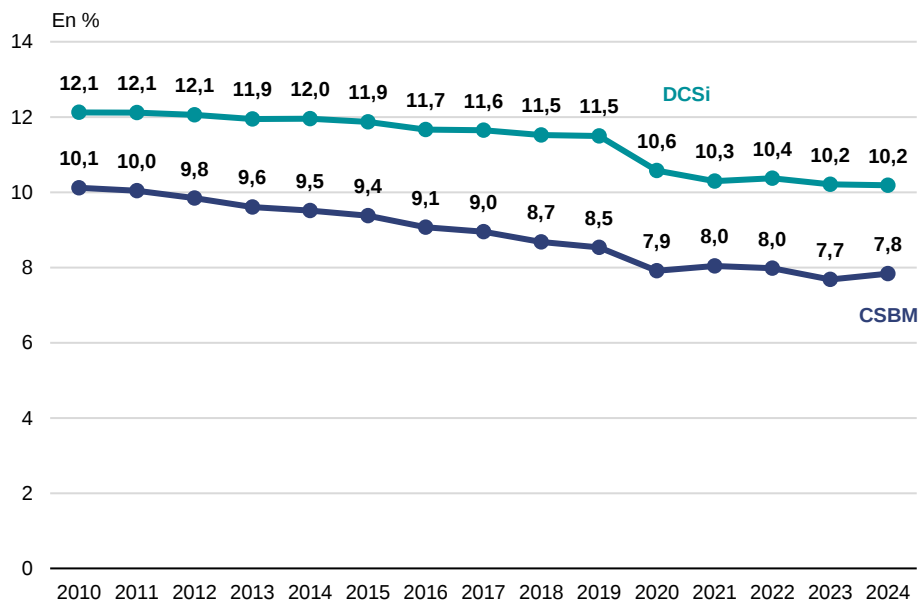


Graphique 9 Décomposition de la variation du taux de reste à charge de 2023 à 2024 par poste de dépense



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 10 Taux de reste à charge des ménages sur la DCSi et la CSBM en France



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, la France est l'un des trois pays de l'Union européenne qui dépensent le plus pour la santé, mais reste loin derrière les États-Unis

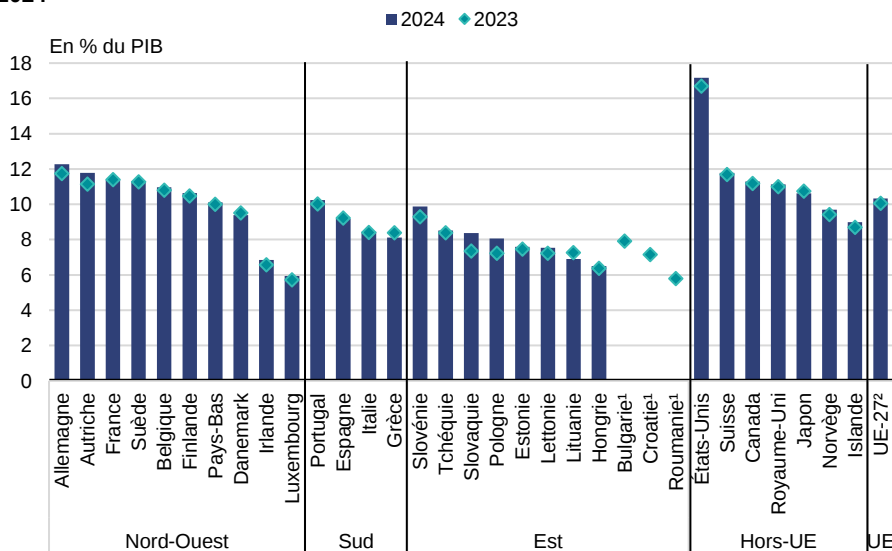
Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 17,2 % de leur PIB en 2024, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 11*). Près de cinq points derrière, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,3 % de son PIB pour la santé, juste devant l'Autriche (11,8 %) et la France (11,4 %). En 2024, les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 10,3 % 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 (6,9 %), du Luxembourg (5,9 %), de l'Italie (8,4 %) et de la Grèce (8,1 %), ces pays consacrent plus de 9 % de leur PIB à la DCSi, tandis qu'en Europe de l'Est, seule la Slovaquie (9,9 %) dépasse ce seuil.

En 2024, la DCSi augmente en valeur dans tous les pays de l'Union européenne

En 2024, la DCSi augmente dans la totalité des pays de l'UE-27¹. La croissance est particulièrement marquée en Pologne (+25,6 %) et en Slovaquie (+ 20,3 %). Cette évolution correspond dans la plupart des pays à une hausse ou une stabilité de la part de PIB consacrée aux dépenses de santé, à l'exception du Danemark (-0,1 pp de PIB), de la Grèce (-0,3 pp de PIB) et de la Lituanie (-0,4 pp de PIB). Avec + 3,6 % en 2024, la France a l'un des taux de croissances les plus modérés de l'UE-27, où la DCSi en valeur progresse en moyenne de +6,5 %.

La progression de la DCSi en 2024 est supérieure à la progression moyenne annuelle observée avant la crise du Covid-19 entre 2010 et 2019, en moyenne dans l'UE-27 (+2,7 % par an) ainsi que dans la plupart des pays étudiés.

Graphique 11 Dépenses courantes de santé au sens international dans le PIB en 2023 et 2024



1. Données manquantes en 2024. 2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, la DCSi représente 11,4 % du PIB en 2023 et en 2024.

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

¹ Pour l'année 2024, les dépenses de santé ne sont pas encore disponibles pour tous les pays ; pour certains, il

s'agit encore d'estimations. De plus, le détail des dépenses de santé est encore inconnu pour la plupart des pays, même à un niveau agrégé.



La part de la dépense de santé restant à la charge des ménages en France est parmi les plus faibles de l'Union Européenne

En 2023, en moyenne dans l'UE-27, 14,8 % de la DCSi reste à la charge des ménages. De fortes disparités sont toutefois observées entre pays (*graphique 12*). En France, cette part s'établit à 10,2 % en 2023 ; elle est donc nettement inférieure à celle de l'UE-27.

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 reste à charge (RAC) y est supérieur à 20 % de la DCSi, à l'exception de la Croatie, la Slovénie, la Tchéquie, la Pologne et Chypre. 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 15 %, sauf en Belgique (21,5 %) et en Autriche (16,5 %). En Allemagne, cette part (11,1 % en 2023) est également inférieure à la moyenne européenne ; au Danemark, le RAC s'établit à 14,0 % de la DCSi. C'est au Luxembourg (9,7 %), en Croatie (9,4 %) et en France (10,2 %) que les RAC sont les plus faibles au sein de l'Union européenne.

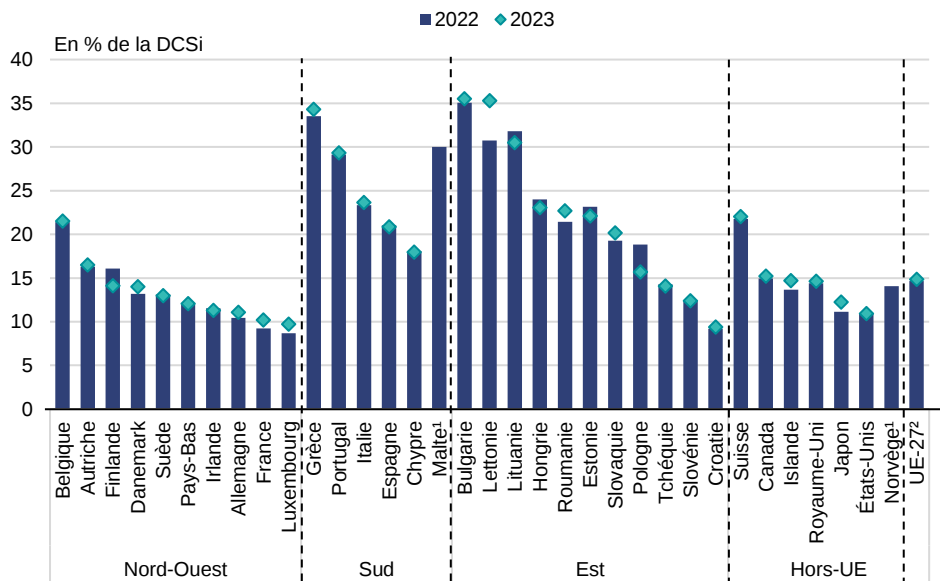
En dehors de l'UE, la part de la DCSi restant à la charge des ménages varie de 10,9 % à 15,2 % au

Japon, aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Islande, en Norvège et au Canada ; elle est plus élevée en Suisse (22,0 %). Aux États-Unis, le RAC des ménages s'établit à 10,9 % de la DCSi.

Pour l'ensemble des pays étudiés, les RAC ont peu varié entre 2022 et 2023. Une augmentation significative est toutefois observée en Lettonie, où le RAC dépasse désormais 35 % des dépenses, tandis que des baisses significatives sont observées en Pologne (où le RAC passe de 18,8 % à 15,7 %) et en Finlande (de 16,1 % à 14,1 %).

La structure du RAC varie fortement entre pays et diffère de celle de la DCSi. Dans la plupart des pays observés, les biens médicaux (produits pharmaceutiques et autres biens médicaux) constituent la première composante du RAC des ménages : ils représentent en moyenne 26 % du RAC dans l'UE-27. Cette part et en particulier celle des produits pharmaceutiques est plus élevée dans les pays de l'est de l'Europe. En effet, le prix des médicaments est relativement homogène entre pays européens, contrairement aux services de santé qui dépendent davantage des salaires des professionnels de santé, et les produits pharmaceutiques sont moins remboursés dans ces pays qu'en Europe du Sud ou du Nord-Ouest. Ainsi, les dépenses des ménages pour les produits pharmaceutiques atteignent respectivement 67 %, 63 % et 57 % du RAC en Bulgarie, en Pologne et en Roumanie. ■

Graphique 12 Reste à charge des ménages dans la DCSi en 2023

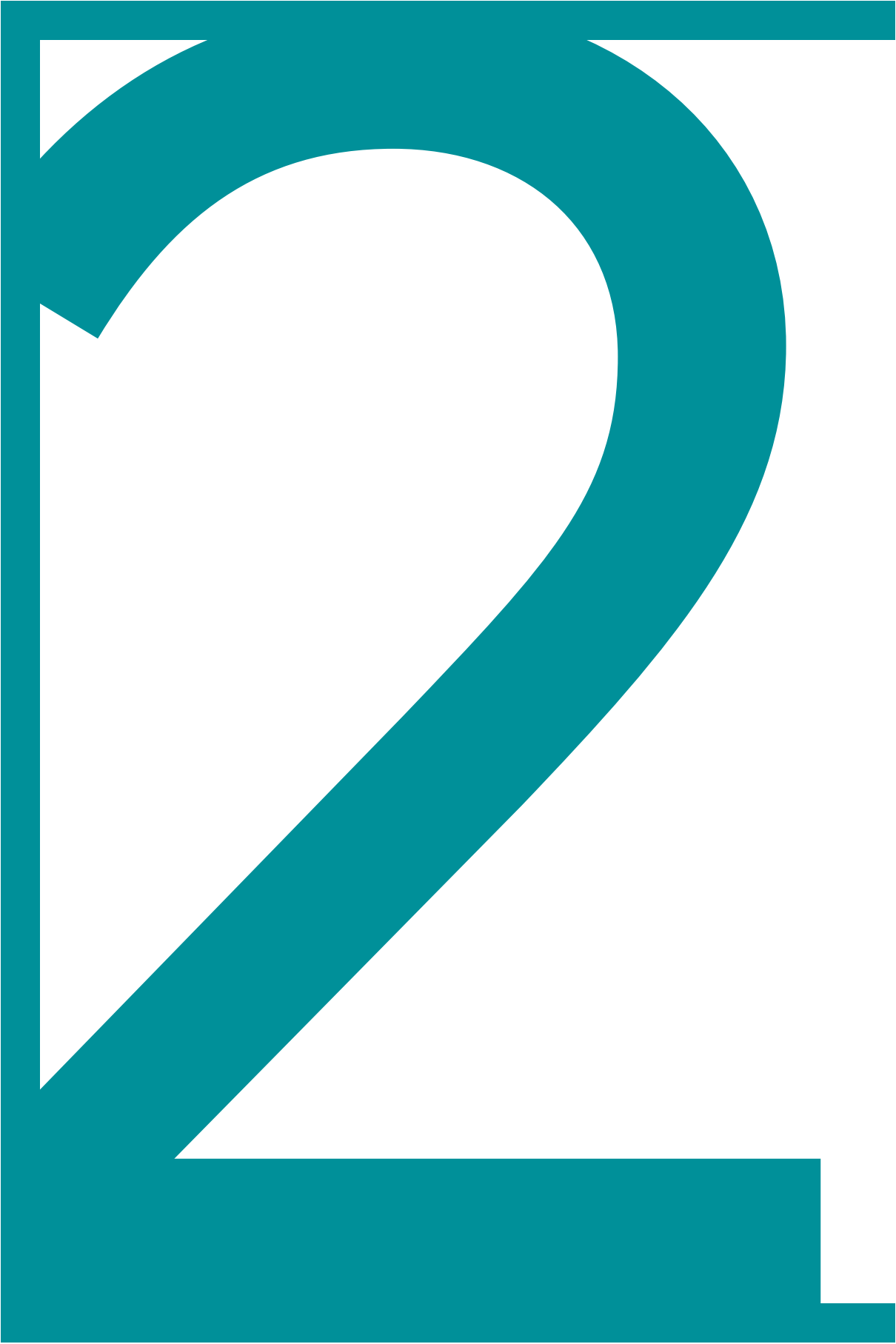


1. Données 2022.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Lecture > En France, en 2023, le RAC dans la DCSi s'élève à 10,2 % des dépenses ; en 2022, il s'établissait à 9,2 %.

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.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes



Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2024, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 254,8 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB. Elle augmente de 3,7 %, après 4,8 % en 2023. Le ralentissement en valeur s'explique par un fléchissement en volume (+3,0 % après +3,3 %) et surtout en prix (+0,6 % après +1,4 %). À l'exception des dépenses d'analyse médicale, l'ensemble des composantes soutient la CSBM ; les dépenses de médicaments, de dispositifs médicaux, de médecins et d'auxiliaires médicaux, ainsi que les soins hospitaliers privés augmentent plus que la CSBM. À l'inverse, les soins hospitaliers publics, les soins dentaires, et les transports sanitaires augmentent moins que la CSBM. Le prix de la CSBM continue de ralentir en 2024 (+0,6 % en 2024, 1,4 % en 2023), à un niveau nettement inférieur à l'inflation.

En 2024, la CSBM augmente de nouveau, mais un peu moins qu'en 2023

En 2024, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente de +3,7 % (après +4,8 %) pour s'établir à 254,8 milliards d'euros (tableau 1), soit une dépense moyenne de 3 723 euros par habitant. Cette évolution est due à la fois à une hausse des prix (+0,6 %) et du volume (+3,0 %) [graphique 1].

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. Depuis 2022, la croissance du volume se stabilise entre 3 et 4 %.

En 2024, la CSBM ralentit, autant en volume (+3,0 % après +3,3 %) qu'en prix (+0,6 % après +1,4 %).

La CSBM comprend :

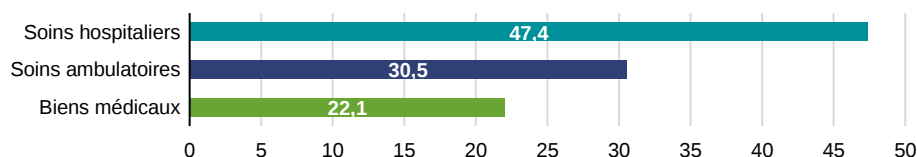
- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, les consultations externes en établissement public et les médicaments et biens médicaux en sus consommés en établissement (graphique 2), pour 47 % du total (fiche 2) ;

- la consommation de soins ambulatoires, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinet libéral, en centre de santé, en dispensaire, les dépenses de laboratoires de biologie médicale, d'imagerie médicale ainsi que les transports sanitaires, pour 31 % du total (fiches 4 à 13) ;
- la consommation de biens médicaux en ambulatoire pour 22 % du total dont 14 % pour la consommation de médicaments (fiche 14) et 8 % pour la consommation de dispositifs médicaux (fiches 16 et 17).

À l'inverse, la CSBM ne comprend pas les dépenses de prévention (celles-ci sont néanmoins comptées dans la dépense courante de santé au sens international, fiches 22 et 23). 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 2024, la CSBM augmente un peu plus que le PIB en valeur (+3,7 % vs +3,3 %) ; la part de la CSBM dans le PIB reste stable, à 8,7 %¹. La part de la CSBM dans la consommation effective des ménages reste également stable, à 12,4 %. Ces ratios demeurent à un niveau plus élevé qu'avant la crise sanitaire de 2020 (graphique 2), bien qu'ils se rapprochent du niveau de 2019 (8,4 % pour le PIB et 12,2 % pour la consommation effective).

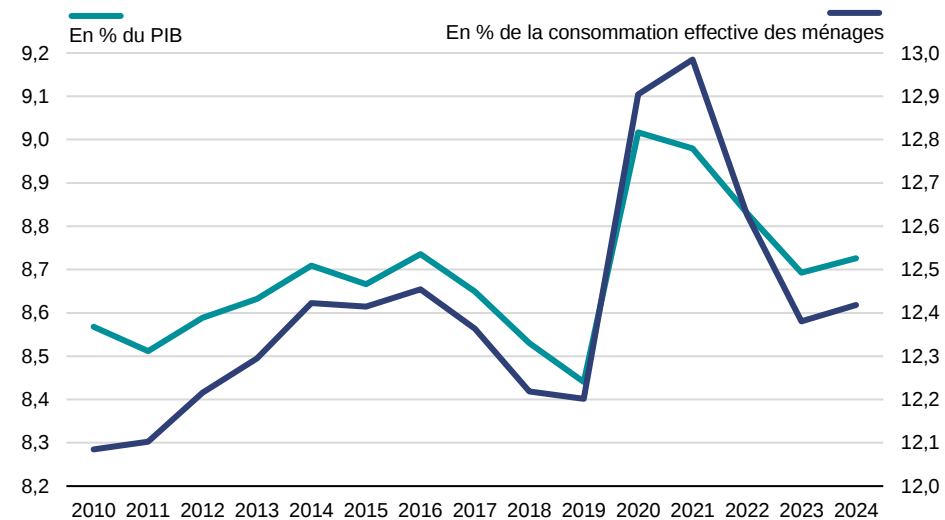
Graphique 1 Structure de la CSBM en 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Le PIB augmente de 3,3 % en valeur en 2024 (après +6,5 % en 2023).

Graphique 2 Part de la CSBM dans le PIB et dans la consommation effective des ménages



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros

	2014	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Contribution 2024 (en point)
Soins hospitaliers	84 799	110 741	117 385	120 783	2,9	1,4
Secteur public	65 564	85 930	91 279	93 644	2,6	1,0
Secteur privé	19 236	24 811	26 107	27 139	4,0	0,4
Soins ambulatoires¹	56 421	71 239	74 839	77 825	4,0	1,2
Soins en cabinet libéral	42 124	52 592	54 676	56 960	4,2	1,0
Soins de médecins et de sages-femmes	17 789	20 984	21 650	22 724	5,0	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	13 652	19 131	20 119	21 031	4,5	0,4
Soins dentaires	10 682	12 477	12 908	13 205	2,3	0,1
Soins en centre de santé	1 522	3 249	3 616	3 842	6,2	0,1
Activités techniques et auxiliaires	12 776	15 399	16 546	17 023	2,9	0,2
Laboratoires de biologie médicale	4 189	4 546	4 710	4 675	-0,7	0,0
Imagerie médicale	4 119	4 771	5 125	5 485	7,0	0,2
Transports sanitaires	4 468	6 081	6 711	6 863	2,3	0,1
Biens médicaux	46 343	52 369	53 483	56 188	5,1	1,1
Médicaments	31 640	32 179	32 719	34 503	5,5	0,7
Dispositifs médicaux ²	14 703	20 191	20 764	21 685	4,4	0,4
Ensemble	187 564	234 349	245 707	254 796	3,7	3,7
CSBM (en % du PIB)	8,7	8,8	8,7	8,7		
CSBM (en % de la consommation effective des ménages)	12,4	12,6	12,4	12,4		
Évolution (en %)	2,5	4,0	4,8	3,7		
dont volume (en %)	3,1	2,2	3,3	3,0		
dont prix (en %)	-0,6	1,8	1,4	0,6		

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 clinique.

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

Lecture > En 2024, la CSBM progresse de 3,7 % ; les soins hospitaliers augmentent de 2,9 % en un an et contribuent pour 1,4 point à l'évolution de la CSBM en 2024.

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

En 2024, tous les postes sauf un font croître la CSBM en valeur

En 2024, tous les secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur, à l'exception des dépenses d'analyses médicales, qui diminuent de 0,7 %. Les soins hospitaliers expliquent un tiers de cette croissance (fiche 2) ; l'augmentation des soins hospitaliers en valeur est notamment portée une hausse du volume d'activité. Au sein des soins hospitaliers, ceux fournis par le secteur public augmentent (2,6 %), mais moins que ceux du secteur privé (+4,0 %), et moins que la CSBM (+3,7 %) [graphique 3].

En 2024, les médicaments et les dispositifs médicaux contribuent plus fortement à la croissance que durant les années précédentes. Leurs dépenses augmentent davantage que la CSBM.

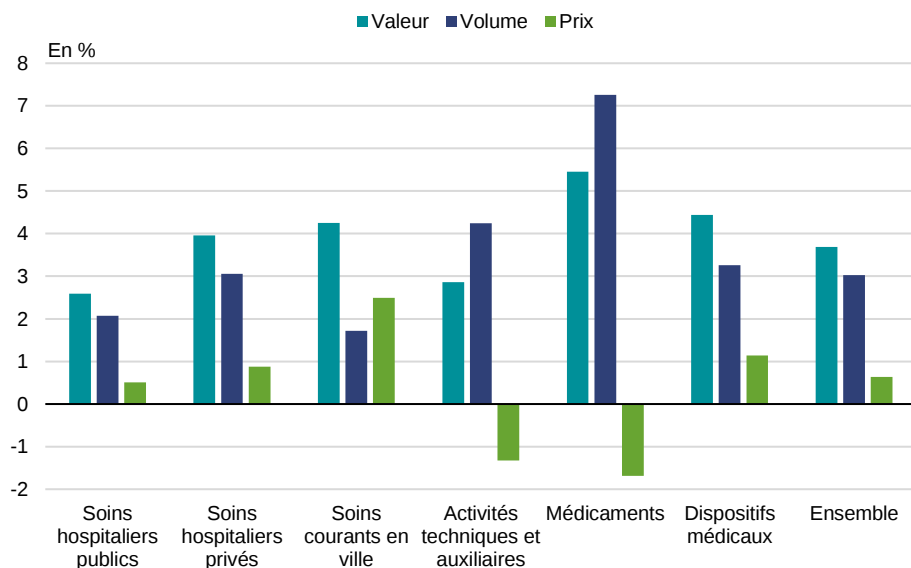
Par ailleurs, les soins de médecins, de sages-femmes et des kinésithérapeutes, ainsi que les

dépenses d'imagerie médicale augmentent à un rythme soutenu en 2024 (fiches 4, 5, 6, 8 et 12), en accélérant cette année.

Comme l'hôpital public, les dépenses de soins dentaires en cabinet libéral et les transports sanitaires augmentent en 2024, mais moins que la CSBM.

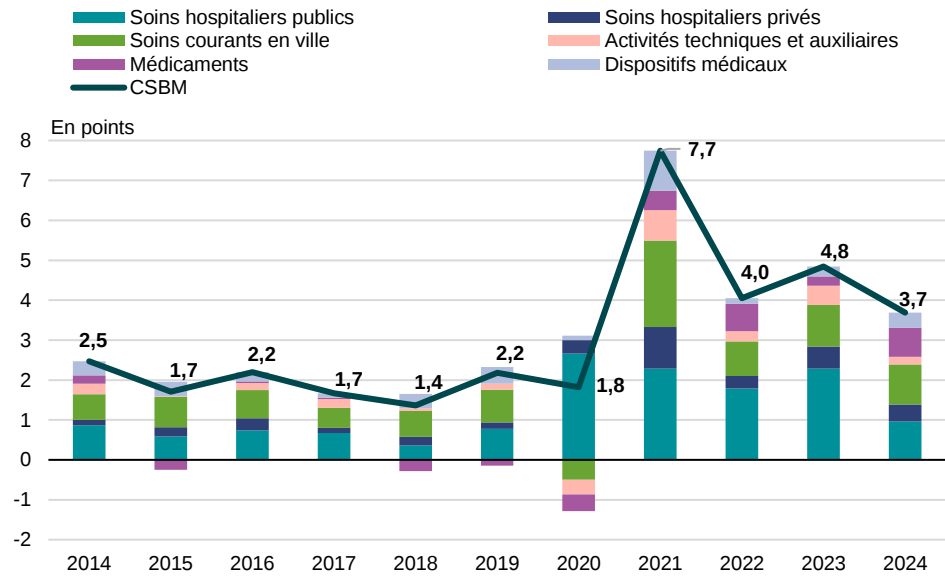
Entre 2014 et 2024, la CSBM progresse en moyenne de 3,1 % par an en valeur. L'ensemble des postes de dépenses y contribue, à des degrés divers. Au cours de cette période, les soins hospitaliers constituent le premier facteur de croissance de la CSBM (graphique 4), suivi par les autres soins ambulatoires (en particulier les soins d'auxiliaires médicaux). En revanche, les dépenses de soins dentaires, de médicaments et de biologie médicale contribuent très peu à l'évolution des dépenses entre 2014 et 2024.

Graphique 3 Taux de croissance en valeur, volume et prix pour les principaux postes de la CSBM en 2024

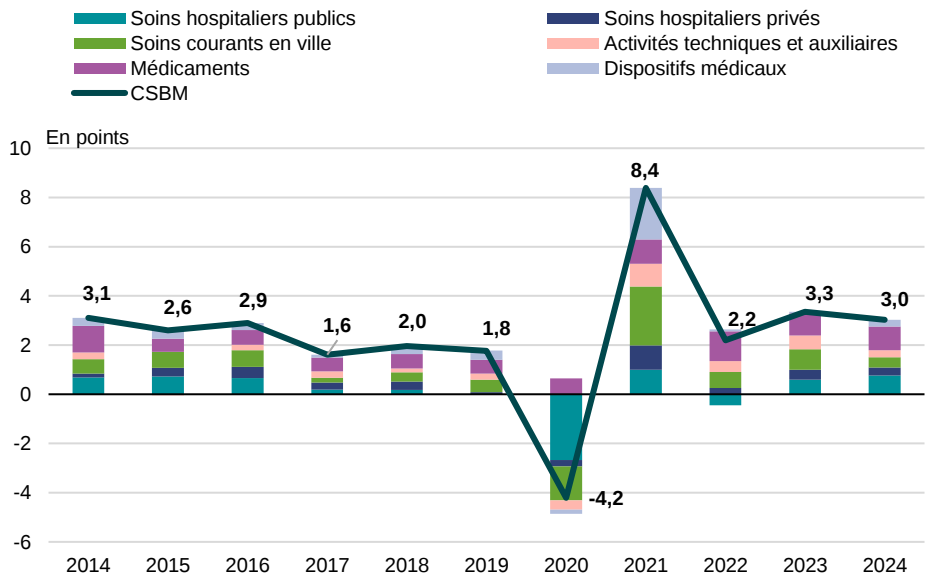


Lecture > En 2024, la consommation de soins courants en ville augmente de 4,3 % en valeur. Cette hausse provient d'une augmentation de la consommation en volume de 1,7 % et de son prix de 2,5 %.

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

Graphique 4 Contributions à la croissance de la CSBM en valeur

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Contributions à la croissance de la CSBM en volume

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

Le volume de l'activité en santé se stabilise en 2024

En 2024, l'activité en volume (*graphique 5*) ralentit légèrement (+3,0 %), après une accélération en 2023 (+3,3 % après +2,2 % en 2022). Le secteur hospitalier contribue pour 1,1 point à l'évolution de la CSBM en 2024, les soins ambulatoires pour 0,7 point et les biens médicaux pour 1,2 point.

En 2024, les soins hospitaliers accélèrent en volume : +2,3 % après +2,1 % en 2023. L'activité ralentit très légèrement dans les cliniques privées (+3,1 % en volume, après +3,9 % en 2023), tandis qu'elle accélère dans le secteur public (+2,1 % après +1,6 %). La progression du volume d'activité est alimentée par un recours accru à l'hospitalisation expliqué principalement par la croissance du nombre de séjours.

En 2024, l'activité des secteurs relevant des soins ambulatoires progresse à nouveau en volume. Les soins de médecins et de sages-femmes sont dynamiques (+1,6 % en 2024 comme en 2023). Cette évolution est surtout portée par les soins des médecins spécialistes (+2,4 %), tandis que le taux de croissance de l'activité des médecins généralistes est proche de 0 (+0,4 % en 2024, après -0,7 % en 2023). D'autres soins ambulatoires contribuent à l'accélération de la CSBM en 2024, dont les soins de kinésithérapeutes (+5,5 %), les analyses de laboratoires et l'imagerie médicale (environ +8 % chacun).

Les médicaments en ambulatoire progressent fortement depuis 2020 et continuent de le faire en 2024 (+7,4 % en 2024, +6,9 % en moyenne annuelle entre 2020 et 2024). Ce rythme de croissance est supérieur à celui des années précédentes (+4,5 % par an entre 2012 et 2020).

Le prix de la CSBM ralentit en 2024, mais reste au-dessus de la moyenne pré-2020

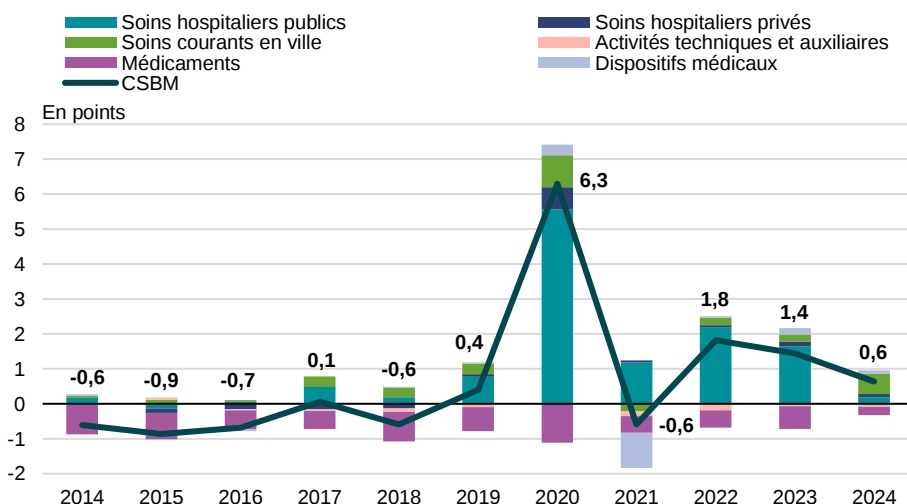
En 2024, le prix de la CSBM augmente de 0,6 % après 1,4 % en 2023 (*graphique 6*). Comme en 2023, le prix de la CSBM croît moins vite que l'inflation : l'indice des prix à la consommation augmente de 2,0 % en 2024, après +4,9 % en 2023.

Le secteur hospitalier contribue pour 0,3 point à la hausse du prix de la CSBM, malgré une augmentation des prix plus faible que l'année précédente (+0,6 %, contre 3,8 %). La revalorisation du point d'indice de 1,5 % en juillet 2023 contribue à une augmentation de la rémunération des salariés à l'hôpital public en 2024, tandis que la baisse des prix de l'énergie réduit le coût des consommations intermédiaires du secteur hospitalier (fiche 2).

Pour la première fois depuis 2014, les soins de ville constituent le premier poste de croissance des prix : ils contribuent à la hausse du prix de la CSBM pour 0,6 point. Cette augmentation est portée, entre autres, par les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux.

Les médicaments en ambulatoire contribuent de nouveau à la baisse du prix de la CSBM (-0,2 point en 2024). La baisse des prix des médicaments (-1,7 % en 2024, -4,6 % par an en moyenne entre 2014 et 2024) est due en partie à la progression continue des remises conventionnelles (fiche 14), effet qui s'ajoute à la baisse tendancielle du prix de vente des médicaments. ■

Graphique 6 Contributions 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

En 2024, la consommation de soins hospitaliers atteint 120,8 milliards d'euros, soit 47 % de la CSBM. Les soins hospitaliers augmentent de 2,9 % en 2024, mais leur croissance ralentit, du fait de la hausse moins dynamique des prix par rapport à 2023. Les volumes de soins continuent d'augmenter (+2,3 % après +2,1 % sur un an). Les soins hospitaliers publics s'élèvent à 93,6 milliards d'euros, en progression de 2,6 % en 2024. Dans le secteur privé lucratif, la dépense s'élève à 27,1 milliards d'euros, en hausse de 4,0 %. La Sécurité sociale demeure le principal financeur des soins hospitaliers. Elle prend davantage en charge les dépenses à l'hôpital public (93,4 %) que celle dans le secteur privé (87,9 %). Le reste à charge pour les ménages reste faible : 1,0 % des dépenses hospitalières publiques et 6,7 % des dépenses du secteur privé.

Le volume de soins hospitaliers augmente de nouveau en 2024

En 2024, la consommation de soins hospitaliers¹ (secteur public et privé², hors soins de longue durée) s'élève à 120,8 milliards d'euros³. La croissance des soins hospitaliers en valeur, c'est-à-dire en euros courants, ralentit par rapport aux années précédentes, tout en demeurant dynamique : +2,9 % en 2024, après +6,0 % en 2023, +4,5 % en 2022 et +7,0 % en 2021 (tableau 1). En 2024, les dépenses de soins hospitaliers augmentent un peu moins que le PIB en valeur (+3,3 %).

Ce rythme reste supérieur à celui observé avant la crise sanitaire : entre 2014 et 2019, les dépenses hospitalières augmentaient en moyenne de +1,8 % par an. Sur la période 2020-2022, le volume d'activité hospitalière a connu de fortes variations : en baisse de 6,5 % en 2020, du fait des déprogrammations de soins non urgents, il a rebondi de 4,2 % en 2021 avant de reculer légèrement en 2022 (-0,4 %).

Le ralentissement de la consommation de soins hospitaliers en valeur s'explique par les prix, qui fléchissent nettement (+0,5 % après +4,5 %) ; en 2024, le prix des soins hospitaliers augmente moins que l'inflation totale (+2,0 %). Les volumes de soins accélèrent légèrement, à +2,3 %, après +2,1 % en 2023. Cette accélération en volume s'explique avant tout par la dynamique du champ MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui constitue la

majeure partie de l'activité hospitalière. En 2024, le nombre de séjours et de séances en MCO (hors dialyse) augmente de 3,7 %, après +4,3 % en 2023. Cette croissance est portée à la fois par les séjours ambulatoires (+6,1 %) et, dans une moindre mesure, par les hospitalisations complètes (+1,1 %).

L'augmentation du recours à l'hospitalisation – mesurée à âge et sexe constants – explique l'essentiel de la hausse du nombre de séjours. La contribution de ce facteur est estimée à +3,9 points dans le secteur public et à +1,3 point dans le secteur privé, pour des progressions totales du nombre de séjours de respectivement +4,5 % et +2,1 %. L'effet démographique joue un rôle plus limité.

Cette hausse du recours se traduit par la forte progression des prises en charge de médecine, particulièrement en ambulatoire, et, dans une moindre mesure, par la reprise des hospitalisations avec nuitées.

Le volume de soins hospitaliers accélère globalement, mais cette moyenne cache des dynamiques différentes entre secteur public et secteur privé : dans le secteur public (qui représente 77 % des dépenses de soins hospitaliers), les volumes accélèrent en 2024 (+2,1 % après +1,6 %), alors qu'ils ralentissent dans le secteur privé (+3,1 % après +3,9 %) [tableau 1].

¹ La façon de comptabiliser les dépenses n'est pas la même pour le secteur public et le secteur 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 Les estimations de consommation de soins hospitaliers ont fait l'objet de révisions, explicitées dans l'annexe 3.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

	En milliards d'euros						
	2014	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble	84,8	92,9	99,1	106,0	110,7	117,4	120,8
Évolution (en %)	2,2	2,1	6,6	7,0	4,5	6,0	2,9
dont volume (en %)	1,9	0,2	-6,5	4,2	-0,4	2,1	2,3
dont prix (en %)	0,3	1,9	14,0	2,7	4,9	3,8	0,6
Secteur public	65,6	71,7	77,1	81,9	85,9	91,3	93,6
Évolution (en %)	2,5	2,2	7,6	6,2	4,9	6,2	2,6
dont volume (en %)	2,0	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,6	2,1
dont prix (en %)	0,5	2,3	16,5	3,4	6,2	4,5	0,5
Secteur privé	19,2	21,2	21,9	24,1	24,8	26,1	27,1
Évolution (en %)	1,4	1,5	3,3	10,0	2,9	5,2	4,0
dont volume (en %)	1,5	0,8	-2,6	9,4	2,4	3,9	3,1
dont prix (en %)	-0,2	0,7	6,0	0,5	0,5	1,3	0,9

Lecture > En 2024, la consommation de soins hospitaliers s'élève à 120,8 milliards d'euros et augmente de 2,9 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse du volume de soins de 2,3 % et une hausse des prix de 0,6 %.

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

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

En 2024, les dépenses de soins hospitaliers dans le secteur public progressent de +2,6 %, après +6,2 % en 2023 et +4,9 % en 2022 (tableau 1). Cette croissance s'appuie sur un rebond du volume d'activité (+2,1 %, après +1,6 % en 2023), dans un contexte de fort ralentissement des prix (+0,5 % en 2024 après +4,5 % en 2023). Malgré cette reprise, le volume d'activité de l'hôpital public reste, en 2024, inférieur de 3,5 points à son niveau de 2019 (graphique 1).

Avant la crise sanitaire, la dynamique d'activité avait déjà connu une inflexion : entre 2017 et 2019, la croissance en volume était de +0,2 % en moyenne annuelle, contre +1,6 % entre 2013 et 2017.

Ce ralentissement s'explique avant tout par la baisse continue de l'activité en psychiatrie (PSY), amorcée dès 2016 et amplifiée par la crise sanitaire. En 2024, le volume d'activité en PSY recule encore, atteignant un niveau inférieur de 16 points à celui de 2019 (graphique 1).

À l'inverse, l'activité en soins médicaux et de réadaptation (SMR) poursuit en 2024 la reprise amorcée en 2022. Sur deux ans, l'indice d'activité en SMR a progressé de 3,5 points, bien qu'il demeure encore 7,4 points en dessous de son niveau de 2019.

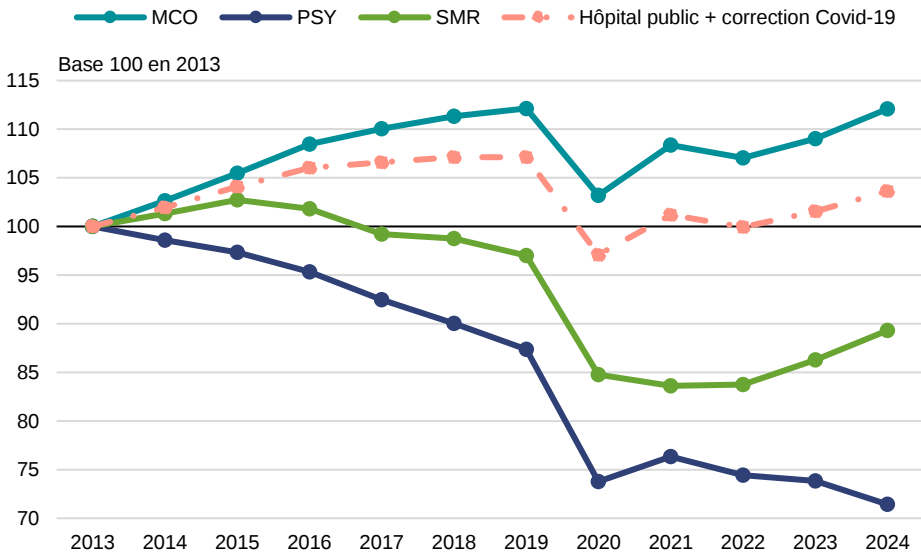
Le principal moteur de la croissance du volume hospitalier en 2024 demeure les MCO, dont l'activité augmente de 2,8 %, et retrouve son niveau de 2019 (graphique 1).

Les composantes de l'activité en MCO évoluent de façon contrastée selon les groupes de pathologies (tableau 2). Parmi les principales composantes, toutes progressent par rapport à l'année précédente, hormis les grossesses pathologiques, les accouchements et les affections du post-partum. Certaines composantes ont retrouvé, voire dépassé, leur niveau de 2019 (les affections de l'appareil circulatoire, les affections de l'appareil respiratoire et les séances, par exemple).

Les modalités de prise en charge en MCO évoluent elles aussi de manière différenciée : l'activité médicale progresse fortement en ambulatoire (+13,1 %) et plus modérément avec nuitées (+2,3 %). À l'inverse, la chirurgie avec nuitées diminue légèrement (-0,5 %).

Pris ensemble, ces éléments traduisent un surcroît de recours à l'hospitalisation complexe dans le secteur public plus net que dans le secteur privé.

Les prix des soins hospitaliers sont restés soutenus en 2023 (+4,5 %), du fait de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % en juillet 2023 et de diverses mesures catégorielles (indemnités de garde, sujétions). Ces mesures continuent de soutenir les rémunérations hospitalières en 2024. L'augmentation des dépenses est également portée par les produits pharmaceutiques et certaines fournitures médicales. À l'inverse, les dépenses d'énergie diminuent.

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

	Poids en 2024 (en %)	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Évolution (en %)	100,0	0,7	-8,0	5,0	-1,2	1,8	2,8
Niveau (base 100 en 2019), dont :	100,0	100,0	92,3	96,9	95,8	97,5	100,0
Affections de l'appareil circulatoire	11,2	100,0	89,1	93,9	93,2	97,7	100,8
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	10,8	100,0	84,0	89,9	91,9	96,7	100,3
Soins critiques (dont réanimations)	8,5	100,0	101,5	106,3	98,0	95,2	95,6
Affections de l'appareil respiratoire	8,1	100,0	113,2	117,9	106,9	99,1	103,4
Affections du tube digestif	7,8	100,0	85,7	91,2	91,2	94,4	97,1
Affections du système nerveux	7,0	100,0	90,9	92,6	91,4	93,6	97,0
Séances	6,9	100,0	99,6	109,2	111,4	117,1	123,5
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	4,6	100,0	96,6	99,0	98,3	92,9	90,5
Affections du rein et des voies urinaires	3,8	100	91,4	93,4	93,4	98,8	102,8
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	3,2	100,0	93,6	95,2	92,8	95,6	98,1

Note > Ce tableau ne porte que sur les dix premiers postes (sur 29) en termes d'activité. Ces derniers rassemblent 71,9 % de l'activité totale en 2024. Plus de 40 % de l'accroissement du volume d'activité en MCO en 2024 est porté par trois catégories de soins : les affections de l'appareil circulatoire, les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif et les séances (0,4 point d'accroissement chacune sur une hausse totale de 2,8 %).

Lecture > L'activité en MCO augmente de 2,8 % en volume en 2024. Les affections de l'appareil circulatoire, qui représentent 11,2 % du volume économique en MCO en 2024, augmentent de 3,2 % en volume cette année-là. Le niveau de l'activité liée aux affections de l'appareil circulatoire s'établit à 100,8, soit 0,8 % de plus 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 et développement en santé. Ces travaux de réestimation du niveau de production de soins de l'hôpital public ont bien été pris en compte lors de l'élaboration de la présente édition des comptes de la santé (annexe 3).

La consommation des soins délivrés par les cliniques demeure soutenue en 2024

En 2024, la dépense de soins hospitaliers du secteur privé lucratif atteint 27,1 milliards d'euros, en hausse de 4,0 % après +5,2 % en 2023 (*tableau 3*).

Les rémunérations des cliniques (20,5 milliards d'euros, soit 76 % du total) et les honoraires des praticiens libéraux (6,6 milliards, soit 24 %) progressent à un rythme comparable en 2024 (*tableau 4*). Les rémunérations des cliniques augmentent de 3,8 % en 2024 (après +4,5 % en 2023). Cette hausse provient d'abord de l'activité de MCO (+3,2 %) et du rebond des forfaits (+13,1 %), consécutif à l'arrêt de la garantie de financement. L'hospitalisation à domicile (HAD) est dynamique (+10,2 %), mais son poids reste limité et sa contribution à la hausse est marginale. Les SMR et la dialyse progressent légèrement (autour de +1 %). Les dépenses de médicaments en sus augmentent de 7,7 %, tandis que les dépenses de dispositifs médicaux en sus diminuent de 1,3 %.

Les honoraires des praticiens libéraux augmentent de 4,5 % en 2024 (après +7,5 % en 2023). La répartition des honoraires (*graphique 3*) met en évidence la prédominance des spécialités médicales (39 % des honoraires), chirurgicales (30 %) et médico-chirurgicales (12 %), devant les actes d'analyses et de prélèvements biologiques et les soins de médecins généralistes.

Baisse du financement public dans le secteur privé en 2024

En 2024, la Sécurité sociale demeure le principal financeur des soins hospitaliers (*graphique 4*). À l'hôpital public, la structure de financement est quasiment inchangée, tandis que le financement par les administrations publiques diminue dans le secteur privé.

Dans le secteur public, la structure de financement est quasiment stable en 2024 (*tableau 5*) : la Sécurité sociale finance 94,3 % des dépenses (+0,1 point), l'État 1,3 % (-0,1 points), les organismes complémentaires 3,5 % (+0,1 point) et le reste à charge des ménages s'établit à 1,0 % des dépenses (inchangé).

En revanche, dans le secteur privé, la structure de financement évolue de façon plus importante en 2024 : la part de la Sécurité sociale recule à 87,9 % (-0,6 point) ; de même, la part des organismes complémentaires diminue de 0,2 point, à 5,1 %. La part des dépenses à la charge des ménages augmente de 0,8 point, pour s'établir à 6,7 %. 2024 est la deuxième année d'augmentation du reste à charge des

ménages ; entre 2022 et 2024, il augmente de 1,7 point, passant de 5,0 % à 6,7 %.

Les organismes complémentaires financent aussi des frais d'hébergement (chambres particulières, télévision, long séjour, etc.) hors du champ de la CSBM détaillé ici (fiche 20). ■

Tableau 3 Évolution des soins hospitaliers publics par poste de dépense et part en 2024

Poste de dépenses	Évolutions			Part en 2024
	2022	2023	2024	
Rémunérations du personnel médical	6,4	5,5	3,0	15
Rémunérations du personnel non médical	5,0	4,6	3,7	48
Services de santé	11,6	16,9	2,9	3
Fournitures Covid-19	-61,8	-9,4	-91,4	0
Produits pharmaceutiques et usage médical	6,7	7,5	8,4	7
Fournitures et matériel médico-technique	0,9	4,0	6,1	6
Énergie, chauffage, eau	13,2	77,2	-29,1	2
Autres achats de biens et de services	4,4	5,9	-0,7	8
Consommation de capital fixe	6,8	2,9	-1,5	5
Impôts, subventions et autres charges	6,0	4,7	8,0	7
Total général	4,9	6,2	2,6	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé, de 2022 à 2024

	Niveaux (en millions d'euros)			Structure en 2024 (en %)	Évolutions (en %)	
	2022	2023	2024		2023	2024
Honoraires des praticiens	5 892	6 336	6 621	24	7,5	4,5
Rémunérations des cliniques	18 918	19 770	20 517	76	4,5	3,8
MCO	9 427	10 528	10 864	40	11,7	3,2
SMR (ex-SSR)	2 715	2 800	2 828	10	3,1	1,0
PSY	994	1 034	1 073	4	4,1	3,7
HAD	314	353	389	2	12,2	10,2
Forfaits et assimilés ¹	2 268	1 648	1 864	7	-27,3	13,1
Dialyse	1 302	1 369	1 384	5	5,1	1,1
Médicaments en sus ²	747	813	876	3	8,8	7,7
Dispositifs médicaux en sus ²	848	875	863	3	3,2	-1,3
Cures thermales	299	346	372	2	15,5	7,6
Secteur privé	24 811	26 106	27 139	100	5,2	4,0

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

2. Y compris remises.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Répartition des honoraires versés en 2024 par type de praticiens libéraux en clinique

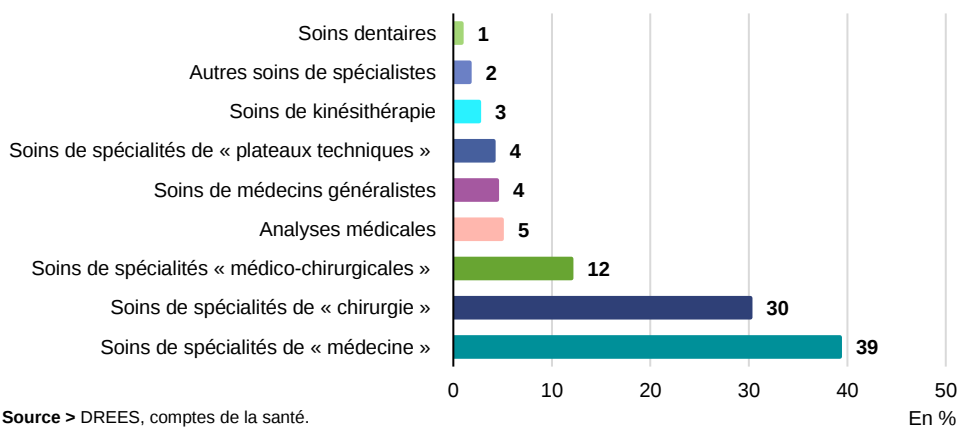
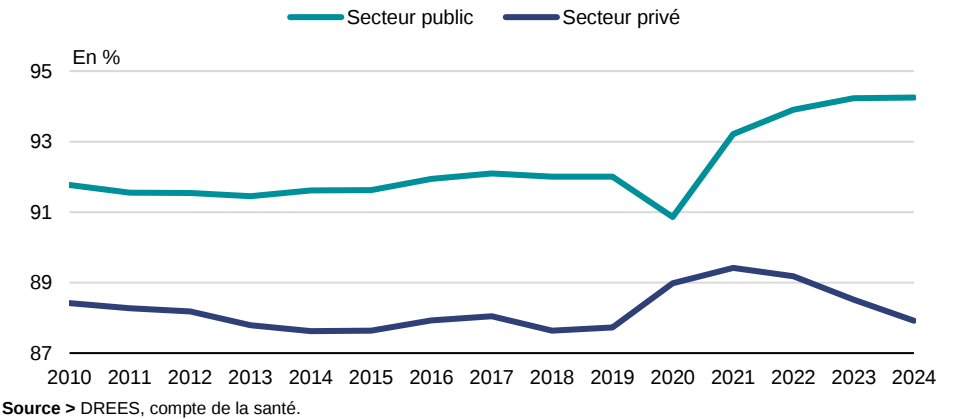


Tableau 5 Financement des dépenses de soins hospitaliers en 2024

	Secteur public		Secteur privé	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	88 260	94,3	23 860	87,9
État	1 212	1,3	93	0,3
Organismes complémentaires	3 263	3,5	1 380	5,1
Ménages	909	1,0	1 806	6,7
Ensemble	93 644	100	27 139	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Part de la Sécurité sociale dans le financement des soins hospitaliers par secteur



Pour en savoir plus

- > **Comité économique de l'hospitalisation publique et privée (à paraître).** *Analyse de l'activité hospitalière 2024 : MCO, urgences, HAD.*
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (2025, mai).** *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025.*

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé et totalise 1,4 million de salariés fin 2023. En 2023, le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse fortement de 8,7 %. Dans le même temps, le nombre de séjours en hospitalisation complète (avec nuitée) rebondit légèrement : il augmente de 0,8 % en 2023 après avoir décliné de 0,9 %. Le nombre de passages aux urgences diminue en revanche de 3,4 %. La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), avec une participation des patients qui varie entre secteur public et secteur privé.

Le secteur public concentre deux tiers des établissements de santé

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé (qui relèvent 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 à but non lucratif anciennement financés par dotation globale (EBNL, ex-DG). Le secteur privé lucratif se compose, quant à lui, des établissements à but lucratif (parfois appelés cliniques privées) ainsi que des EBNL, anciennement encadrés par un objectif quantifié national (EBNL, 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 de santé peuvent être regroupées en quatre disciplines principales :

- la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) rassemble les soins les plus répandus ;
- les soins médicaux et de réadaptation (SMR) concernent 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) et d'autres à temps partiel (séjours sans nuitée).

- la psychiatrie (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques, pris en charge en hospitalisation complète¹ ou partielle² ;
- l'hospitalisation à domicile (HAD) propose, dans le lieu de vie du patient, un système organisé et

coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville.

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. Dans tous les pays de l'OCDE, les comptes de la santé regroupent pour cette raison l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé) : elles ne sont donc pas étudiées dans cette fiche.

L'activité en hospitalisation partielle croît fortement en 2023 et l'hospitalisation complète plus modérément

En 2023, 13,2 millions de patients sont hospitalisés dans les quatre disciplines, en progression de 2,9 % par rapport à 2022 (après +1,7 % en 2021). Leur hospitalisation comporte très majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un ou 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 le secteur privé et le secteur public et selon la discipline.

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète augmente de 0,8 % en 2023 (après -0,9 % en 2022) [graphique 1]. Cette hausse est plus marquée dans le secteur privé que dans le secteur public (avec respectivement +1,7 % et +0,6 %). En 2023, la croissance de l'activité d'hospitalisation complète concerne le SMR (+3,1 % après -1,2 % en 2022) et le MCO (+0,7 % après -0,9 %), mais pas la psychiatrie (-0,3 % après -1,4 %).

¹ 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.

² 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 journées d'hospitalisation partielle progresse de 8,7 % en 2023 (après +6,5 %), davantage dans le secteur privé à but lucratif (+10,5 % en 2023) que dans le secteur public (+7,4 %). Cette progression s'observe dans toutes les disciplines, en premier chef en SMR (+11,3 % après +11,9 % en 2022). Le nombre de journées d'hospitalisation partielle accélère par ailleurs en MCO (+8,6 % après +5,0 %) et en psychiatrie (+5,8 % après +3,7 %).

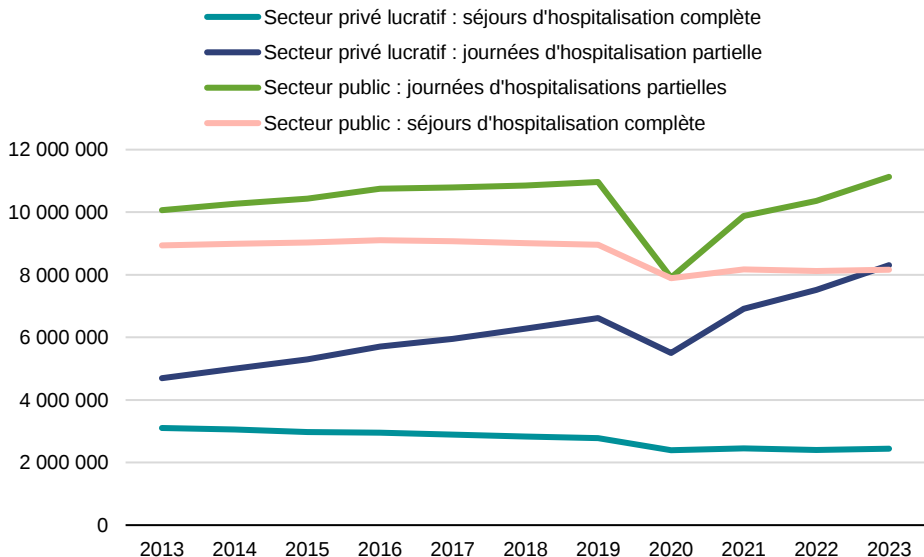
La structure des activités des établissements de santé diffère selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge.

Le secteur public offre 70 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle (soit 61 500 des 88 500 places ouvertes), 74 % en hospitalisation complète et 79 % en HAD (tableau 1). Le secteur public représente une plus grande part des lits d'hospitalisation complète en MCO (79 %), qu'en psychiatrie (71 %) ou qu'en SMR (65 %). 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 2].

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 90 % des places en psychiatrie, mais 60 % en MCO et 57 % en SMR. Les cliniques privées recourent davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, si bien que le secteur privé à but lucratif réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne représente que 40 % des places. En chirurgie ambulatoire, le secteur privé à but lucratif dispose de 62 % des places et concentre 65 % des journées d'hospitalisation partielle.

Tous secteurs confondus, les trois grandes disciplines ont des durée moyenne de séjour (DMS) très différentes en hospitalisation complète : de 5,5 jours en MCO, elle atteint 30,5 jours en psychiatrie et 33,7 jours en SMR. La DMS est plus longue dans le secteur public que dans le secteur privé à but lucratif 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 3).

Graphique 1 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées) depuis 2013, par secteur



Lecture > En 2023, les établissements de santé privés à but lucratif ont pris en charge 2,4 millions de séjours d'hospitalisation complète (sans nuitée) en MCO, psychiatrie et SMR.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées.

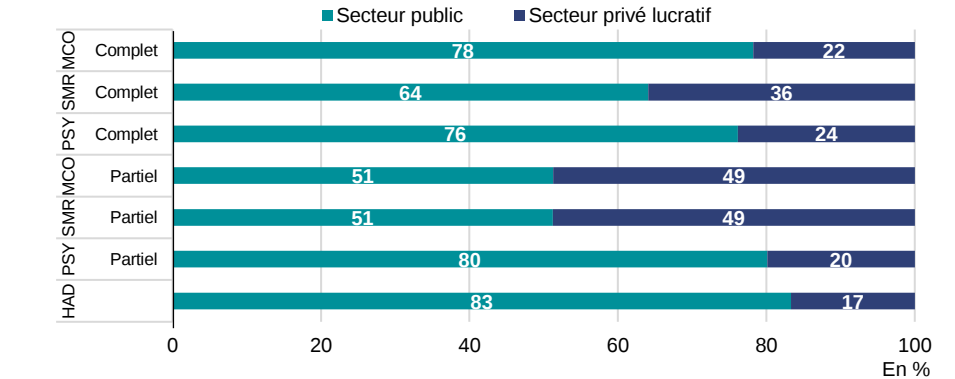
Sources > DREES, SAE ; ATI, PMSI-MCO et SMR ; calculs DREES.

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lit et en place, fin 2023

	Niveaux			Part (en %)	
	Secteur public	Secteur privé lucratif	Ensemble	Secteur public	Secteur privé lucratif
Hospitalisation complète (en lits)	250 563	89 551	340 114	74	26
MCO	148 377	39 188	187 565	79	21
PSY	36 223	14 959	51 182	71	29
SMR ¹	65 963	35 404	101 367	65	35
Hospitalisation partielle (en places)	61 516	26 955	88 471	70	30
MCO	23 352	15 584	38 936	60	40
PSY	27 137	3 104	30 241	90	10
SMR ¹	11 027	8 267	19 294	57	43
HAD²	19 004	5 089	24 093	79	21

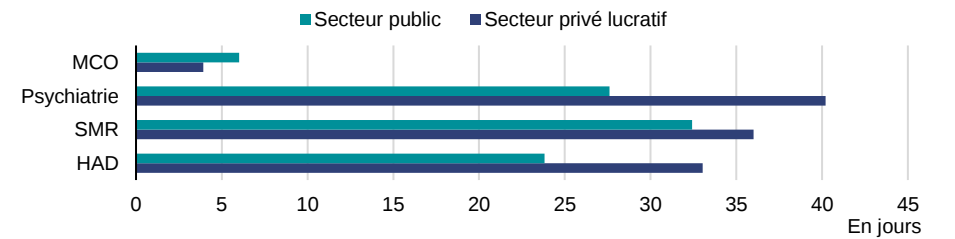
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
 1. Y compris les maisons d'enfants à caractère social (MECS) temporaires.
 2. L'HAD est un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète et à l'hospitalisation partielle. Les places d'accueil en HAD correspondent à un nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps en HAD.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées.
Source > DREES, SAE.

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et d'HAD et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
Note > L'hospitalisation à temps complet et l'HAD concernent des séjours, l'hospitalisation à temps partiel des journées. Les séjours d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie hors temps plein ne sont pas inclus. En SMR, les maisons d'enfants à caractère social (MECS) temporaires sont compris dans l'hospitalisation partielle.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR et HAD ; DREES, SAE ; calculs DREES.

Graphique 3 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et HAD, en 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, SMR et HAD ; DREES, SAE ; calculs DREES.

Le recul du nombre de lits se poursuit, tandis que les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser

Un « virage ambulatoire » au long cours

Au cours des dernières années, comme sur une période plus longue, l'organisation de l'offre de soins a évolué vers des alternatives à l'hospitalisation complète : ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire » s'observe présentement dans toutes les disciplines.

En MCO, la baisse du nombre de lits en mesure d'accueillir des malades s'est effectuée à un rythme assez régulier sur la dernière décennie, passant de 219 700 fin 2013 à 187 600 fin 2023 (-32 100 lits). En psychiatrie, où des alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970 et où le nombre total de lits semblait se stabiliser à la fin des années 2010, il diminue de nouveau ces dernières années (-6 600 lits d'hospitalisation à temps plein en dix ans), principalement dans les établissements publics. Tous statuts confondus, il atteint 51 200 lits fin 2023. Dans le même temps, les capacités d'accueil en SMR ont d'abord progressé, puis se sont infléchies à partir de 2018 : le nombre de lits y est passé de 103 600 fin 2013 à 105 800 fin 2017 et 101 400 fin 2023 (-2 200 lits en dix ans).

Le nombre de lits diminue de 1,2 %

Entre fin 2022 et fin 2023, le nombre de lits en état d'accueillir des patients recule de 4 500 (-1,2 %), une diminution moindre que celle des deux années précédentes (-1,8 % en 2022 et -1,4 % en 2021), mais plus importante que celle observée entre 2013 et 2019, avant la crise sanitaire (-0,9 % en moyenne annuelle). La diminution est moins marquée en 2023 qu'en 2022 dans toutes les disciplines, excepté la psychiatrie.

Les capacités d'hospitalisation partielle accélèrent de 4,0 %

Entre fin 2022 et fin 2023, le nombre de places d'hospitalisation partielle accélère avec une croissance de +4,0 % (soit +3 400 places), après +3,2 % en 2022.

C'est notamment le cas en court et en moyen séjour, comptant respectivement 38 900 et 19 300 places d'hospitalisation partielle fin 2023. En MCO, le nombre de places continue d'accélérer en 2023 : +4,8 % (après +4,3 % en 2023). En SMR, la progression est plus soutenue encore : +7,3 % (après +5,9 % en 2022).

En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien et le nombre de places progresse de ce fait plus modestement (+1 200 places en dix ans). La capacité en places y augmente ainsi de 1,1 % en 2023 (contre +0,3 % en 2022).

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent de progresser

L'activité d'HAD repart vigoureusement

L'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 progresse fortement en 2023, en nombre de séjours (+8,4 %, après +2,8 % en 2022) comme en nombre de journées (+5,9 %, après +0,5 %). Au 31 décembre 2023, 293 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 24 100 patients, soit une hausse de 4,1 % par rapport à fin 2022 (après +1,6 % en 2022).

Le nombre de séances progresse légèrement

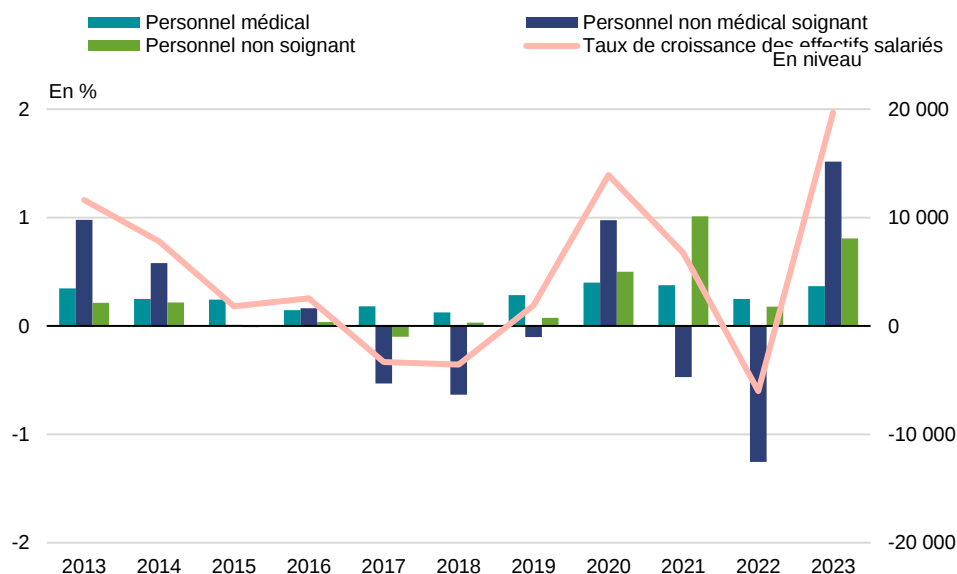
En 2023, 15,2 millions de séances sont réalisées dans les établissements de santé : 7,7 millions de séances de dialyse, 4,1 millions de séances de radiothérapie et 3,4 millions de séances de chimiothérapie. Le nombre total de séances progresse de 1,7 %. Par type de traitement, il progresse plus fortement pour la chimiothérapie ambulatoire en 2023 (+6,0 %) que pour la dialyse (+1,4 %) ; il diminue en revanche pour la radiothérapie (-1,2 %). Ces évolutions diffèrent également selon le statut juridique de l'établissement, l'augmentation des séances étant plus dynamique en 2023 dans le secteur public que dans les établissements privés.

Le nombre de passages aux urgences diminue de 3,4 %

En 2023, 685 structures des urgences ont pris en charge 20,8 millions de passages (-3,4 % en 2023, après +6,2 % en 2022). Ce niveau représente 95 % du nombre de passages de 2019, mais 111 % de celui de 2013. En 2023, le nombre de passages diminue dans toutes les régions métropolitaines, tandis qu'il continue à progresser dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

1,4 million de salariés dans le secteur hospitalier fin 2023

Fin 2021, 1,4 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé. Ces effectifs rebondissent en 2023, après avoir légèrement baissé en 2022 (+26 900 salariés, soit +2,0 %, après -8 300 salariés, soit -0,6 %) [graphique 4]. Cette hausse est plus marquée que celle observée en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (+18 800 salariés, soit +1,4 %). Elle s'observe pour les trois grandes catégories de personnel, mais est majoritairement portée par un rebond des effectifs de personnel non médical soignant.

Graphique 4 Taux de croissance des effectifs salariés des établissements de santé publics et privés et variations par catégorie

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 psychologues non-médecins, les agents de services hospitaliers et le personnel de rééducation. La catégorie du personnel non soignant regroupe le personnel administratif, le personnel éducatif et social, le personnel médicotechnique, technique et ouvrier.

Lecture > En 2023, les effectifs salariés hospitaliers croissent de 2,0 % par rapport à 2022 : les effectifs de personnel non soignant augmentent de 8 100, ceux de personnel médical de 3 700, et ceux de personnel non médical soignant de 15 200.

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

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

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

La tarification à l'activité (T2A)

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 secteur 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 dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics en 2023 est sans précédent

La principale source de financement des hôpitaux publics¹ est l'Assurance maladie (77 % des ressources du budget principal, qui regroupe les

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

activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (60 % des dépenses du budget principal). En 2023, le déficit global des hôpitaux publics s'accroît et atteint 2,4 milliards d'euros (après 1,3 milliard en 2022), soit 2,3 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Cette très nette détérioration s'explique notamment par la sortie progressive des dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, dans un contexte inflationniste. L'effort d'investissement poursuit cependant sa reprise et atteint 5,4 % des recettes en 2023 (après 5,0 % en 2022), en raison notamment des engagements pluriannuels décidés lors du Ségur de la santé, qui prévoit 9 milliards d'euros sur dix ans pour financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé, consolidés par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021. Alors qu'un engagement de 6,5 milliards d'euros d'ici 2029 pour restaurer les capacités financières des établissements de santé est également à l'œuvre, le ratio d'indépendance financière (part des dettes au sein des capitaux permanents) poursuit son amélioration et s'établit à 45,0 % en 2023 après 45,7 % en 2022. Dans le même temps toutefois, la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des

établissements pour assurer leur financement et leur investissement, se replie (1,7 % des recettes après 2,9 % en 2022) et le pourcentage d'hôpitaux publics en situation de surendettement repart à la hausse (de 36 % en 2023, après 34 % en 2022 et 41 % en 2019).

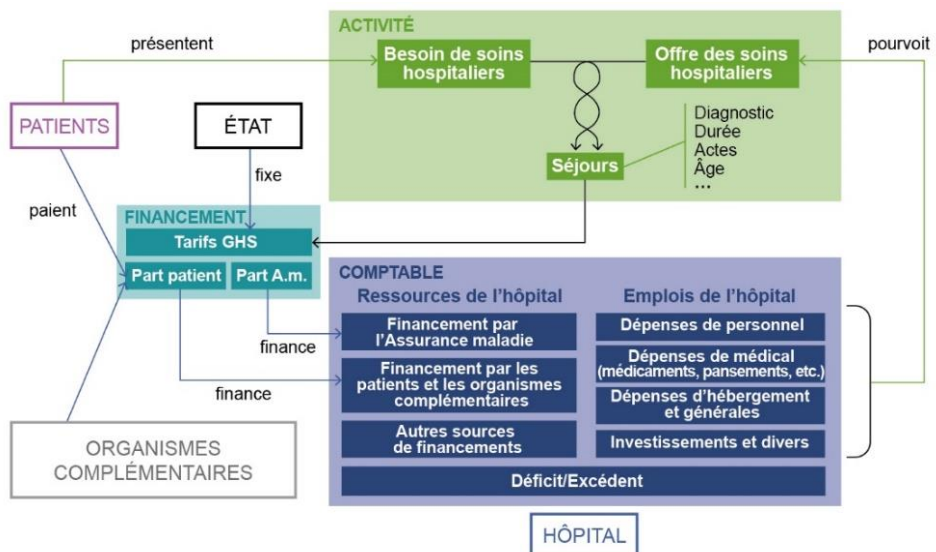
La situation financière des cliniques privées, en dégradation, reste excédentaire

Le secteur privé à but lucratif reste globalement excédentaire. Son résultat net atteint 362 millions d'euros en 2023 (après 554 millions en 2022). Il recule pour s'établir à 1,8 % des recettes, son niveau le plus bas depuis 2019 (1,6 %). Cela s'explique par la baisse des subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire. Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 33,5 % des capitaux permanents en 2023, s'améliore de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (46,4 %). La part des cliniques privées surendettées reste stable, à 19 %.

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).

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



AM : Assurance maladie ; GHS : groupe homogène de séjour.

Note > Ce schéma rend compte du mode central de financement de l'hôpital, sans rendre compte de l'ensemble des modalités de financement (médicaments de la liste en sus, Migac, AME, etc.) des établissements pour l'activité de soins existantes. Il ne rend pas non plus compte des autres activités de l'hôpital (hôtellerie, formation, recherche, etc.).

Source > DREES.

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), accidents 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 réduits 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 20).

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 lucratif, 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 à 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 x durée ; 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 euros + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - Part patient	24 euros + 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.
Source > DREES.

Pour en savoir plus

> Cazenave-Lacroutz, A. (2025). *Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Les soins ambulatoires

La consommation de soins courants des médecins généralistes en cabinet libéral s'élève à 10,7 milliards d'euros en 2024. Elle accélère nettement (+4,2 % après +0,6 %), en raison de la revalorisation des tarifs de consultation en novembre 2023. Les dépassements d'honoraires représentent une très faible part des honoraires des médecins généralistes (2,4 %). Par ailleurs, les effectifs des médecins généralistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) sont stables en 2024. La part des soins courants dispensée par les généralistes à la charge des ménages augmente de nouveau en 2024, et s'établit à 6,4 %, en hausse de 1,1 point du fait notamment du doublement de la participation forfaitaire en mai 2024.

Les dépenses de soins courants des médecins généralistes s'accroissent en 2024

La consommation de soins courants des médecins généralistes en ville s'élève, en 2024, à 11,3 milliards d'euros, soit 4,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [tableau 1]. Les soins assurés par les médecins généralistes en cabinet libéral (95 % du total) affichent une dynamique nettement plus soutenue en 2024 (+4,2 %) qu'en 2023 (+0,6 %), pour s'établir à 10,7 milliards d'euros. Ils augmentent davantage que le PIB en valeur (+3,3 %).

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 jusqu'en 2022 (graphique 1). Depuis, le volume de soins diminue (-0,8 %, après -0,7 % en

2023). En parallèle, le nombre de rencontres entre des patients et des médecins généralistes baisse de 2,4 % en 2024¹.

La croissance des soins courants des médecins généralistes en 2024 s'explique essentiellement par l'accélération des prix des honoraires (+4,9 %), après +1,4 % en 2023 et +0,5 % en 2022 (graphique 2). Cette hausse résulte de la revalorisation des tarifs intervenue en 2023. En effet, depuis le 1^{er} novembre 2023, les consultations des médecins généralistes conventionnés avec l'Assurance maladie ont été revalorisées de 1,50 euro en métropole (de 25 euros à 26,50 euros, pour une consultation en secteur 1) et de 1,80 euro dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). À la suite de la signature de la convention médicale le 4 juin 2024, le tarif est passé à 30 euros le 22 décembre 2024, ce qui a un effet marginal sur les dépenses en 2024.

Tableau 1 Consommation de soins courants de médecins généralistes en ville

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	9 480	9 748	9 868	10 217	10 282	10 709
Honoraires ¹	8 692	7 514	7 762	7 911	7 860	8 236
Contrats et assimilés ²	183	1 715	1 627	1 799	1 983	2 050
Prise en charge des cotisations	605	519	480	507	438	424
Évolution (en %)	1,6	-3,8	1,2	3,5	0,6	4,2
dont volume (en %)	1,4	-5,9	3,0	3,0	-0,7	-0,8
dont prix (en %)	0,2	2,2	-1,7	0,5	1,4	4,9
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	182	308	314	396	487	574
Soins en ville (en millions d'euros)	9 662	10 056	10 182	10 613	10 769	11 283

1. Les honoraires sont versés au titre des consultations, des visites, des actes techniques et des téléconsultations.

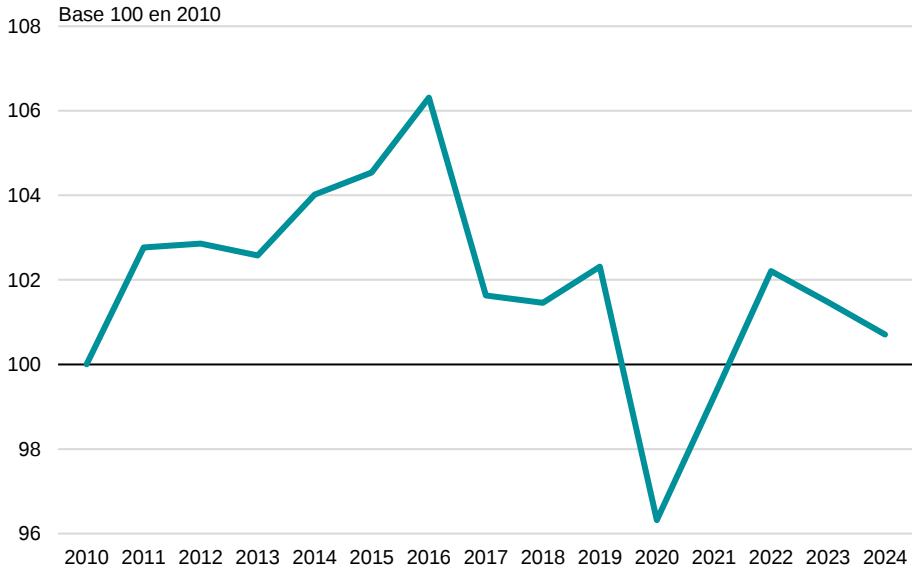
2. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa).

Lecture > En 2024, la consommation de soins de médecins généralistes en cabinet libéral s'élève à 10 709 millions d'euros, dont 424 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2024 de 4,2 % en valeur. Cette évolution se décompose en une baisse de 0,8 % du volume de soins et en une hausse de 4,9 % du prix.

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

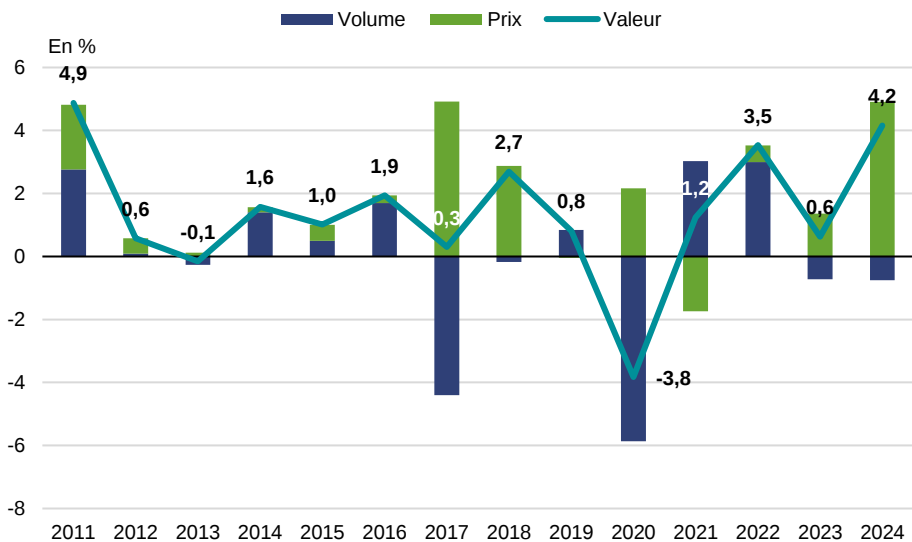
¹ Le volume de soins est calculé comme la valeur des soins déflatée par les prix. La dynamique des volumes de soins peut différer de celle des rencontres si le type

ou le nombre de soins prodigués au cours des rencontres évoluent d'une année sur l'autre (glossaire).

Graphique 1 Les soins courants de médecins généralistes en volume

Lecture > En 2024, le volume de soins de médecins généralistes s'élève à 101 en comparaison de l'année de référence 2010 dont le niveau est fixé à 100. Autrement dit, en 2024, le volume de soins est donc supérieur de 1 % 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 4,2 % en 2024. Cette hausse se décompose en une hausse de 4,9 % du prix des soins et une baisse de 0,8 % du volume de soins.

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

En 2024, les dépenses de consultations repartent à la hausse

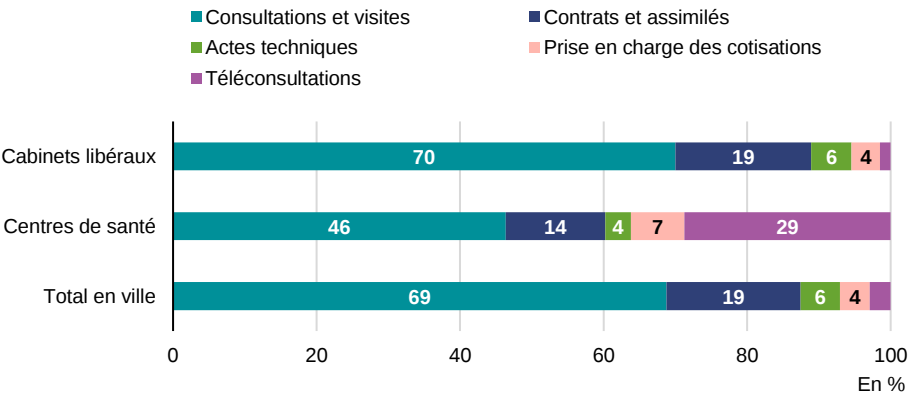
En 2024, la structure de la consommation de soins courants dispensés par les médecins généralistes en cabinet libéral est globalement stable par rapport à 2023. Les honoraires versés au titre de la consultation (hors téléconsultation) et des visites constituent encore la plus grande part de la consommation de soins (70 % en 2024) [graphique 3]. Viennent ensuite les contrats et forfaits (19 %), les actes techniques (6 %), les prises en charge de cotisations (4 %) et les téléconsultations (1 %).

La croissance des soins des médecins généralistes en 2024 est ainsi soutenue par les consultations et visites (+5,0 %), du fait de la revalorisation tarifaire de novembre 2023.

Les montants de la prise en charge des cotisations pour les médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam)¹, après avoir atteint un pic en 2022 (507 millions d'euros), baisse pour la deuxième année consécutive, et s'établit à 424 millions d'euros en 2024.

Les contrats et assimilés ralentissent (+3,3 % en 2024, après +10,2 % en 2023). Depuis 2022, 61 % de l'augmentation s'explique par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : elle s'élève à 693 millions d'euros en 2024 (+28 % par rapport à 2022). Premier poste de rémunération des médecins généralistes, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) s'établit à 928 millions d'euros en 2024 (contre 948 millions en 2023) (tableau 2).

Graphique 3 Structure de la dépense de soins courants des médecins généralistes en 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Montants des contrats et assimilés des médecins généralistes en cabinet libéral

	En millions d'euros			
	2021	2022	2023	2024
Contrats et assimilés	1 627	1 799	1 983	2 050
FPMT – Forfait patientèle médecin traitant	861	868	948	928
ROSP – Rémunération sur objectifs de santé publique	513	540	638	693
Permanences des soins	153	165	174	181
Aide à l'embauche d'assistants médicaux	21	32	67	78
CPTS – Communautés professionnelles territoriales de santé	32	47	51	44
Protocoles de coopération entre professionnels de santé	25	36	25	43
SAS - Service d'accès aux soins	1	19	33	32
Expérimentation d'organisations innovantes en santé	4	19	28	31
Autres contrats et rémunérations assimilés	17	72	20	19

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Un médecin autorisé à facturer des dépassements d'honoraires ayant souscrit à l'Optam s'engage auprès de l'Assurance maladie à respecter des taux moyens de

dépassements d'honoraires. En contrepartie, le médecin peut bénéficier de rémunérations supplémentaires (glossaire).

En 2024, les effectifs des médecins généralistes restent stables

Au 1^{er} janvier 2024, 82 500 médecins généralistes (hors salariés hospitaliers exclusifs) exercent en France. Les effectifs de médecins généralistes sont en très légère hausse (+0,1 % en 2024, après -0,1 % en 2023), après neuf années consécutives de baisse (-3,3 % entre 2014 et 2023) et retrouvent leur niveau de 2022 (tableau 3). Ce recul tendanciel des effectifs pèse sur le niveau d'activité qui a peu évolué en volume depuis 2010 (graphique 1).

La croissance des effectifs des médecins généralistes non libéraux est dynamique en 2024 (+4,1 %, après +0,9 % l'année précédente). 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), ainsi que le nombre de médecins généralistes exerçant en mode mixte augmentent de 1 000 médecins en 2024.

En revanche, la baisse des effectifs se poursuit dans le secteur exclusivement libéral, qui demeure le mode d'activité dominant des généralistes en dehors de l'hôpital (67,6 %). Entre 2023 et 2024, le nombre de médecins exclusivement libéraux baisse de 1,7 %, après -0,5 % entre 2022 et 2023.

Une croissance portée par la médecine générale

La croissance des soins courants des médecins généralistes en cabinet libéral est principalement portée par leur activité de médecine générale (+5,2 % en 2024).

En revanche, les dépenses associées à la médecine à expertise particulière accentuent leur baisse (-10,6 % en 2024, après -7,5 % en 2023). Elles s'élèvent à 455 millions d'euros pour les médecins à expertise particulière exclusive, et 156 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. Pour leur part, les « non exclusifs » possèdent également une expertise particulière, mais leur pratique n'est pas exclusivement centrée sur celle-ci.

La part des dépassements dans les honoraires est stable en 2024

Les dépassements d'honoraires augmentent de nouveau de façon soutenue en 2024 (+9,7 %, après +13,4 % en 2023) ; leur part dans le total des honoraires des médecins libéraux demeure toutefois très faible (2,4 %) et varie peu entre 2020 et 2024 (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 depuis 2022 (93 % des honoraires sont perçus par des médecins du secteur 1).

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

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	85 200	83 600	83 000	82 400	82 400	82 500	0,1	100
Libéraux exclusifs	62 600	58 500	57 500	57 000	56 700	55 700	-1,7	68
Mixtes	6 200	8 100	8 400	8 400	8 600	9 300	8,6	11
Salariés hors hospitaliers	16 400	16 900	17 100	17 000	17 100	17 400	1,8	21

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 2024, 82 500 médecins généralistes exercent en France, dont 55 700 médecins libéraux exclusifs, 9 300 médecins mixtes et 17 400 médecins salariés hors hospitaliers.
Champ > France métropolitaine et DROM.
Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs DREES.

Tableau 4 Décomposition des soins courants en cabinet libéral par type de médecin généraliste en 2024

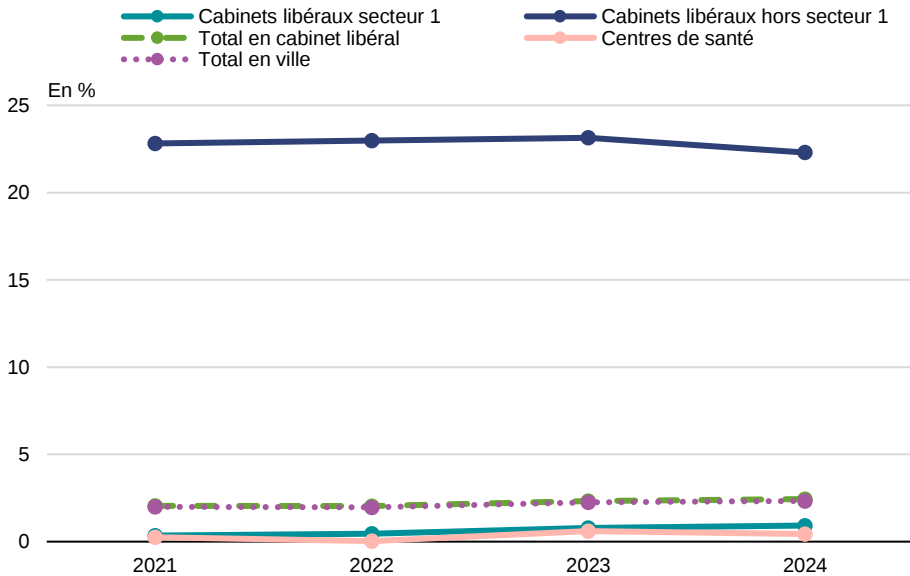
En millions d'euros

	Cabinets libéraux	Centres de santé	Total en ville
Médecine générale	10 098	574	10 672
Médecins à expertise particulière	611	0	611
Exclusive	455	0	455
Non exclusive	156	0	156
Total médecins généralistes	10 709	574	11 283

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



Source > DREES, comptes de la santé.

Depuis 2021, la part des dépenses de médecins généralistes financée par les ménages augmente

En 2024, la Sécurité sociale finance 77,8 % de la consommation de soins de médecine générale (tableau 5), l'État (aide médicale de l'État [AME], prise en charge des dépenses des anciens combattants) 0,3 % et les organismes complémentaires 15,5 %.

Les 6,4 % restants (soit 681 millions d'euros en 2024) sont payés directement par les ménages. Ce reste à charge augmente (+1,1 point des soins courants de généralistes), suite au doublement de la participation forfaitaire sur les consultations et les actes médicaux en vigueur depuis le 15 mai 2024¹. Il dépasse ainsi le niveau antérieur à la crise sanitaire (graphique 5). ■

¹ Les participations forfaitaires ne peuvent pas être prises en charge par les organismes complémentaires, de sorte que la hausse des participations forfaitaires se

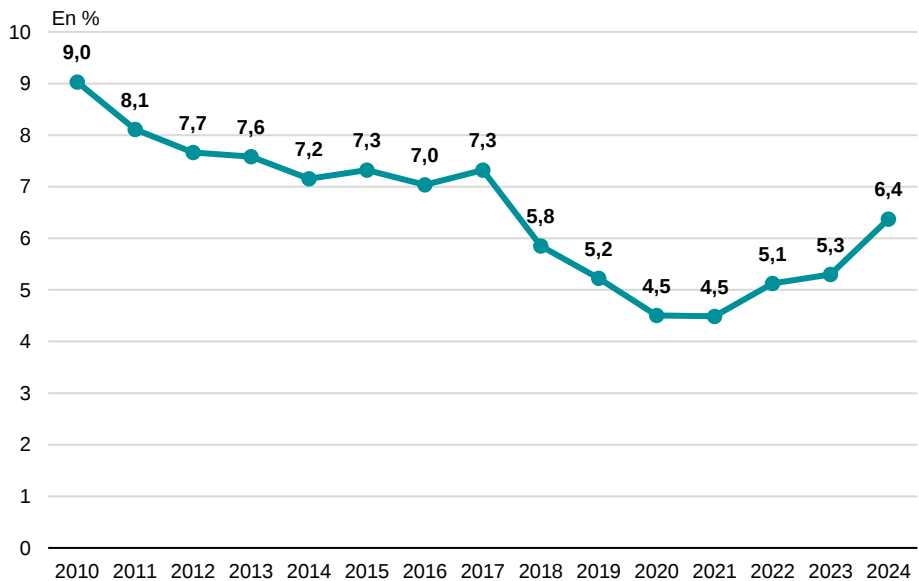
répercute nécessairement sur le reste à charge des ménages.

Tableau 5 Répartition des dépenses des médecins généralistes par type de financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	8 335	77,8
État	34	0,3
Organismes complémentaires	1 659	15,5
Ménages	681	6,4
Ensemble	10 709	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Taux de reste à charge des ménages pour les soins de médecins généralistes en cabinet libéral



Lecture > En 2024, le reste à charge (RAC) des ménages, correspondant à la part directement financée par les ménages, représente 6,4 % du total des soins courants de médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, la dépense de soins courants des médecins spécialistes en cabinet libéral, hors médecins généralistes, s'élève à 11,4 milliards d'euros (11,8 milliards avec les centres de santé). Elle augmente de nouveau de façon soutenue (+5,0 %) en 2024, avec le volume de soins consommés (+3,5 %), et dans un contexte de stabilisation de la hausse des prix. Elle est portée par toutes les familles de spécialités médicales. La part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes est relativement stable. Les dépenses de médecins spécialistes demeurent majoritairement financées par l'Assurance maladie ; la part restant à la charge des ménages continue d'augmenter et s'établit à 12,6 % en 2024.

La consommation de soins courants de médecins spécialistes demeure soutenue en 2024

La consommation de soins courants de médecins spécialistes, hors médecins généralistes, en ville s'élève à 11,8 milliards d'euros en 2024, soit 4,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (tableau 1).

Les dépenses de médecins spécialistes augmentent de 5,0 %, un rythme supérieur à la croissance du PIB en valeur (+3,3 % en 2024). C'est donc la quatrième année de croissance soutenue de ces dépenses ; entre 2020 et 2024, elles ont augmenté de 23 %, soit 5,3 % par an en moyenne. Entre 2010 et 2019, elles augmentaient en moyenne de 2,4 % par an.

L'augmentation de la consommation de soins de médecins spécialistes en 2024 est portée davantage par le volume de soins consommés (+3,5 % en 2024, après +3,9 % en 2023), que par les prix (+1,5 % après +1,6 %) qui augmentent moins que l'inflation totale (+2,0 % en 2024) [graphiques 1 et 2]. En parallèle, le nombre de rencontres entre des patients et des médecins spécialistes diminue de 3,5 % en 2024, après avoir augmenté en 2023 de 0,4 %.

Les centres de santé représentent une part très faible de la consommation de soins courants de médecins spécialistes (4 % en 2024), mais cette part augmente depuis 2014.

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

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	8 058	9 233	9 809	10 245	10 816	11 359
Honoraires ¹	7 324	7 912	9 085	9 436	10 010	10 602
Contrats et assimilés ²	20	638	212	240	274	273
Prise en charge des cotisations	714	684	511	569	533	484
Évolution (en %)	2,7	-0,1	6,2	4,4	5,6	5,0
dont volume (en %)	2,5	-5,8	10,7	2,6	3,9	3,5
dont prix (en %)	0,2	6,0	-4,0	1,8	1,6	1,5
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	168	253	310	377	428	470
Soins en ville (en millions d'euros)	8 226	9 486	10 118	10 622	11 244	11 830

1. Les honoraires sont versés au titre des consultations, 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 2024, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville, hors médecins généralistes, s'élève à 11 359 millions d'euros, dont 484 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2024 de 5,0 % en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 3,5 % du volume de soins et d'une hausse de 1,5 % du prix.

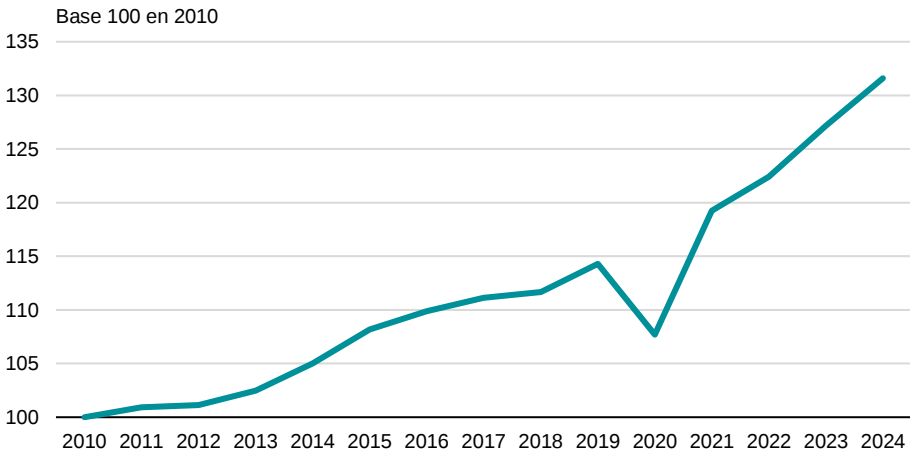
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

En 2024, les actes techniques constituent la moitié des soins dispensés par les médecins spécialistes

Les actes techniques représentent la moitié (51 %) des soins courants de médecins spécialistes (hors médecins généralistes et radiologues¹) en ville, suivis par les consultations et les visites (40 %) [graphique 3]. Les médecins spécialistes exerçant en centre de santé sont majoritairement en secteur 1 :

sur les 470 millions d'euros de dépenses de soins courants de médecins spécialistes en centre de santé en 2024 (tableau 2), 438 millions (92 %) relèvent du secteur 1. C'est pourquoi, en centre de santé, la prise en charge des cotisations des professionnels de santé par l'Assurance maladie, dont ne bénéficient que les professionnels conventionnés, représente une part presque deux fois plus élevée qu'en cabinet libéral (8 % contre 4 %).

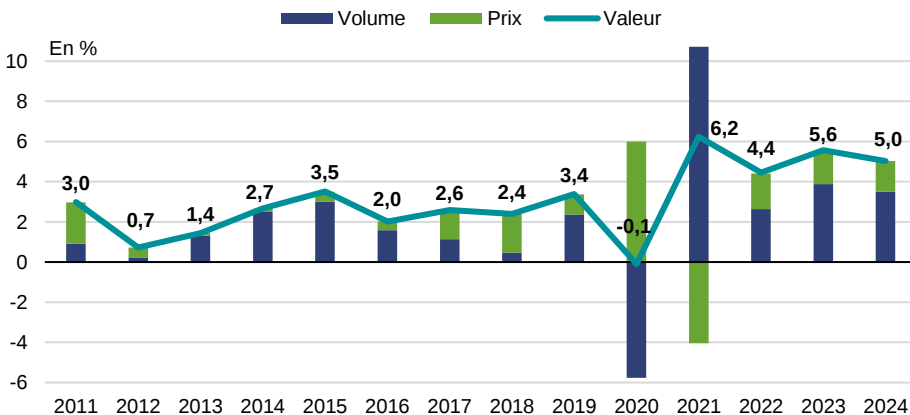
Graphique 1 Soins courants de médecins spécialistes en cabinet libéral (hors médecins généralistes), en volume



Lecture > En 2024, le volume de soins de médecins spécialistes s'élève à 132 en comparaison de l'année de référence 2010 dont le niveau est fixé à 100. Autrement dit, en 2024, le volume de soins est donc supérieur de 32 % 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 cabinet libéral (hors médecins généralistes)



Lecture > La valeur des soins de médecins spécialistes augmente de 5,0 % en 2024. Cette hausse se décompose en une hausse de 1,5 % du prix des soins et une hausse de 3,5 % du volume de soins.

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

¹ Les dépenses de médecins radiologues sont présentées dans la fiche 12.

Tableau 2 Décomposition par spécialité des montants des soins courants des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2024

	Niveaux (en millions d'euros)			Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
	Cabinets libéraux	Centres de santé	Total en ville		
Spécialités de « médecine »	5 064	143	5 207	5,0	44,0
Médecine vasculaire et pathologies cardio-vasculaires	1 501	34	1 535	5,6	13,1
Psychiatrie, neuropsychiatrie et sychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	860	18	879	3,7	7,5
Dermato-vénérologie	476	20	497	5,2	4,2
Pédiatrie	469	16	485	4,3	4,1
Anesthésie, réanimation chirurgicale et réanimation médicale	328	0	328	2,8	2,8
Pneumologie	300	13	313	5,7	2,7
Rhumatologie	279	10	289	0,8	2,5
Gastro-entérologie et hépatologie	244	6	250	5,1	2,1
Neurologie	242	7	248	3,7	2,1
Médecine physique et de réadaptation	69	2	71	3,5	0,6
Autres spécialités de « médecine » ¹	295	16	311	8,6	2,7
Spécialités de « chirurgie »	1 261	18	1 279	5,4	10,8
Stomatologie, chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale	189	8	197	-0,4	1,7
Neurochirurgie	48	0	48	10,6	0,4
Autres spécialités de « chirurgie » ²	1 024	9	1 033	6,3	8,8
Spécialités de « plateaux techniques »	1 476	0	1 476	7,6	12,5
Oncologie radiothérapeute et radiothérapie	1 222	0	1 222	10,1	10,4
Anatomocytopathologie	253	0	253	-2,8	2,2
Spécialités « médico-chirurgicales »	3 433	309	3 743	4,3	31,6
Ophthalmologie	1 975	253	2 228	4,5	19,0
Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	969	27	997	1,9	8,5
Oto-rhino-laryngologie	490	29	519	2,5	4,4
Spécialités non classées ailleurs³	125	0	125	11,2	1,1
Total médecins spécialistes (hors médecins généralistes)	11 359	470	11 830	5,2	100,0

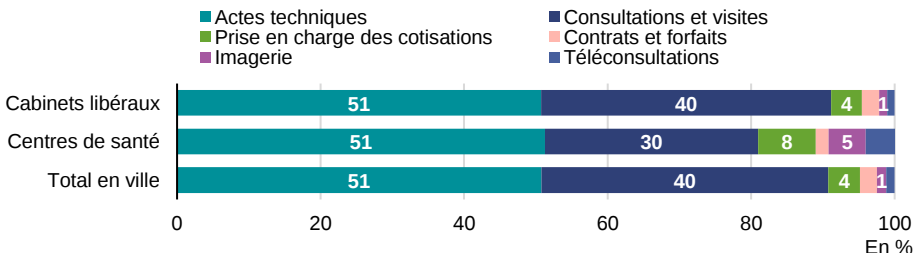
1. Les autres spécialités de « médecine » regroupent la néphrologie, la médecine génétique, l'oncologie médicale, l'hématologie, l'endocrinologie et la médecine du métabolisme, la médecine des maladies infectieuses et tropicales, la médecine d'urgence, l'allergologie et la gériatrie.

2. Les autres spécialités de « chirurgie » rassemblent la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie urologique, la chirurgie infantile, la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

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.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de la dépense de soins courants de médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) en 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses liées aux contrats et assimilés reculent

En plus des dépenses liées à leurs honoraires, les médecins spécialistes en cabinet libéral reçoivent des rémunérations directes de l'Assurance maladie, au titre de contrats et assimilés, pour un montant de 268 millions d'euros (tableau 3).

Le montant de ces rémunérations diminue de 2,0 % en 2024, porté par la baisse des financements alloués aux communautés professionnelles territoriales de santé (-39,6 %) et des forfaits patientèle médecin traitant versés à des médecins spécialistes ayant la fonction de médecin traitant (-70,6 %). À l'inverse, les autres rémunérations dont bénéficient les médecins spécialistes en cabinet libéral augmentent fortement. Ainsi, l'aide financière à l'embauche d'assistants médicaux augmente de 55,1 %, et les financements aux protocoles de coopération entre professionnels de santé de 37,8 %.

Les spécialités de « médecine » et « médico-chirurgicales » représentent les trois quarts des soins de médecins spécialistes

Les spécialités de « médecine » représentent le premier poste de soins de médecins spécialistes en ville (44 % en 2024) [graphique 4], suivies par les spécialités « médico-chirurgicales » (32 %), les spécialités de « plateaux techniques » et de « chirurgie » (23 %).

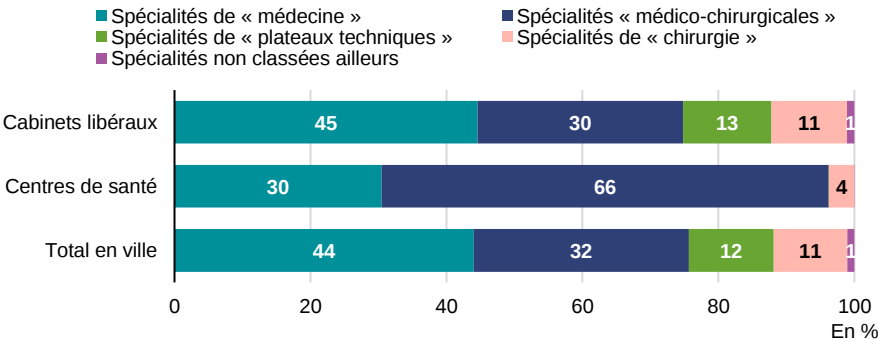
La structure des soins en centre de santé diffère de celle des soins en cabinet libéral. Les soins des spécialités « médico-chirurgicales » y sont surreprésentés (66 %) relativement aux cabinets libéraux, en raison de l'importance des soins d'ophtalmologie dispensés en centre de santé, ainsi que, dans une moindre mesure, des soins d'oto-rhino-laryngologie. En effet, ces derniers représentent 4 % des soins en cabinet libéral et 6 % des soins en centre de santé. Enfin, les centres de santé ne procurent pas de soins de « plateaux techniques ».

Tableau 3 Montants des contrats et assimilés des médecins spécialistes en cabinet libéral (hors médecins généralistes)

	En millions d'euros			
	2021	2022	2023	2024
Contrats et assimilés	212	240	274	273
ROSP – Rémunération sur objectifs de santé publique	99	115	124	134
Aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle	36	41	37	36
Aide à l'embauche d'assistants médicaux	5	9	22	34
Protocoles de coopération entre professionnels de santé	9	15	24	33
CPTS – Communautés professionnelles territoriales de santé	15	20	27	16
FPMT – Forfait patientèle médecin traitant	30	30	32	9
Autres contrats et rémunérations assimilés	18	10	8	10

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Répartition par famille de spécialités des dépenses de soins courants de médecins spécialistes en ville en 2024 (hors médecins généralistes)



Lecture > En 2024, les spécialités « de médecine » représentent 44 % des dépenses de soins courants de médecins spécialistes en ville, hors médecins généralistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

Une hausse des soins de toutes les familles de spécialités en 2024

En ville, les soins courants de médecins spécialistes augmentent de 5,2 %. Cette croissance est portée par toutes les familles de spécialités : les soins des spécialités de « médecine » augmentent de 5,0 %, portés par les soins de médecine vasculaire et des pathologies cardio-vasculaires (+5,6 %), les soins de spécialités de « chirurgie » de 5,4 %, les soins de « plateaux techniques » de 7,6 %, portés par les soins d'oncologie radiothérapeute et de radiothérapie (+10,1 %), et les soins de spécialités « médico-chirurgicales » de +4,3 %, portés par les soins d'ophtalmologie (+4,5 %).

Les dépenses de soins de médecine spécialisée sont en fait concentrées sur un nombre restreint de spécialités : les soins d'ophtalmologie, de médecine vasculaire et des pathologies cardio-vasculaires, ainsi que d'oncologie radiothérapeute et de radiothérapie représentent 43 % du total des soins de médecins spécialistes en ville.

De plus en plus de médecins spécialistes en exercice salarié ou mixte

En 2024, les effectifs de médecins spécialistes hors généralistes accélèrent (+2,6 % après +1,6 %) [tableau 4]. Alors que la croissance des effectifs de médecins spécialistes libéraux est stable (+1,6 % en 2024 après +1,4 % en 2023), celle des médecins spécialistes en exercice mixte (libéral et salarié) accélère (+3,5 % après +0,5 %), comme celles des salariés hors salariés hospitaliers (+4,2 % après +3,3 %). Cette évolution traduit une déformation de la structure des modes d'exercice des médecins spécialistes : en 2014, 38,0 % étaient salariés ou en exercice mixte, alors qu'en 2024, ils sont 45,0 %.

La part des dépassements d'honoraires pratiqués en cabinet libéral hors secteur 1 varie peu selon la spécialité considérée

Les dépassements représentent 19,4 % des honoraires des médecins spécialistes hors médecins généralistes (graphique 5). Ce chiffre masque de

grandes disparités : les dépassements sont en fait très peu pratiqués en centre de santé (1,1 % des honoraires)¹, ainsi qu'en cabinet libéral en secteur 1 (2,6 %). À l'inverse, en cabinet libéral hors secteur 1, les dépassements représentent 31,4 % des honoraires des médecins spécialistes hors médecins généralistes. Cette part est relativement stable depuis 2021.

Les parts des dépassements dans les honoraires en cabinet libéral hors secteur 1 pour les spécialités de « médecine », de « chirurgie » et « médico-chirurgicales » sont relativement proches : respectivement 31,2 %, 32,7 % et 35,4 % (tableau 5). Les spécialités de « plateaux techniques » en pratiquent beaucoup moins : 10,2 % pour les soins d'anatomocytopathologie, 4,7 % pour les soins d'oncologie radiothérapeutes et de radiothérapie.

Les stomatologues, chirurgiens oraux et maxillo-faciaux ont les taux de dépassements les plus hauts en centres de santé (27,4 % des honoraires) et en cabinets libéraux en secteur 1 (47,8 %). Ces dépassements ne correspondent cependant pas à des dépassements d'honoraires, mais à la part de liberté tarifaire permise sur les prothèses dentaires qu'ils fournissent à leurs patients.

Les psychiatres, neuropsychiatres et psychiatres de l'enfant et de l'adolescent sont la spécialité facturant le plus de dépassements d'honoraires en cabinet libéral hors secteur 1 (40,2 %), suivis des neurochirurgiens (39,0 %). Les médecins vasculaires et des pathologies cardio-vasculaires, les pneumologues et les neurologues en cabinet libéral hors secteur 1 facturent proportionnellement moins de dépassements d'honoraires que les autres médecins spécialistes.

En cabinet libéral en secteur 1, après les spécialistes fournissant des prothèses dentaires, les dermato-vénérologues sont la seule spécialité dont les dépassements représentent plus de 5 % des honoraires (5,7 %).

Tableau 4 Effectifs des médecins spécialistes (hors médecins généralistes et hors salariés hospitaliers exclusifs) par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	73 400	76 600	77 000	77 400	78 600	80 600	2,6	100
Libéraux exclusifs	45 400	42 900	42 900	43 100	43 700	44 400	1,6	55
Mixtes	15 300	19 100	19 100	19 000	19 100	19 800	3,5	25
Salariés hors hospitaliers	12 600	14 600	15 000	15 300	15 800	16 500	4,2	20

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.

Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs DREES.

¹ Les médecins exerçant en centre de santé ont interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires (article L6323-1-7 du Code de la santé publique).

Tableau 5 Part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) par famille de spécialités en 2024

En %

	Cabinets libéraux secteur 1	Cabinets libéraux hors secteur 1	Cabinets libéraux	Centres de santé	Total en ville
Spécialités de « médecine »	2,3	31,2	16,9	16,9	1,3
Médecine vasculaire et pathologies cardio-vasculaires	4,3	32,4	25,7	25,7	6,9
Psychiatrie, neuropsychiatrie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	5,7	38,2	25,6	25,6	2,9
Dermato-vénérologie	3,5	40,2	23,9	23,9	2,1
Pédiatrie	4,0	33,6	22,4	22,4	0,9
Anesthésie, réanimation chirurgicale et réanimation médicale	3,0	32,0	22,4	22,4	2,4
Pneumologie	1,5	30,1	19,7	19,7	4,5
Rhumatologie	2,3	28,0	17,7	17,7	1,1
Gastro-entérologie et hépatologie	0,6	16,9	9,0	9,0	0,9
Neurologie	1,1	22,4	8,3	8,3	0,6
Médecine physique et de réadaptation	0,8	20,2	6,6	6,6	0,6
Autres spécialités de « médecine » ¹	2,3	32,7	18,3	18,3	ns
Spécialités de « chirurgie »	22,6	32,7	31,5	31,5	13,3
Stomatologie, chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale	47,8	39,0	41,8	41,8	27,4
Neurochirurgie	4,8	39,0	37,0	37,0	7,3
Autres spécialités de « chirurgie » ²	4,5	31,6	29,3	29,3	0,8
Spécialités de « plateaux techniques »	0,3	6,2	1,7	1,7	ns
Oncologie radiothérapeute et radiothérapie	1,5	10,2	4,6	4,6	ns
Anatomocytopathologie	0,1	4,7	1,1	1,1	ns
Spécialités « médico-chirurgicales »	3,4	35,4	29,2	29,2	0,4
Ophtalmologie	4,7	37,1	31,4	31,4	1,1
Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	3,1	36,1	29,8	29,8	0,2
Oto-rhino-laryngologie	2,7	28,9	22,6	22,6	0,8
Spécialités non classées ailleurs³	ns	0,1	0,1	0,1	ns
Total médecins spécialistes (hors médecins généralistes)	2,6	31,4	20,1	20,1	1,1

ns : non significatif.

1. Les autres spécialités de « médecine » regroupent la néphrologie, la médecine génétique, l'oncologie médicale, l'hématologie, l'endocrinologie et la médecine du métabolisme, la médecine des maladies infectieuses et tropicales, la médecine d'urgence, l'allergologie et la gériatrie.

2. Les autres spécialités de « chirurgie » rassemblent la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie urologique, la chirurgie infantile, la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

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.

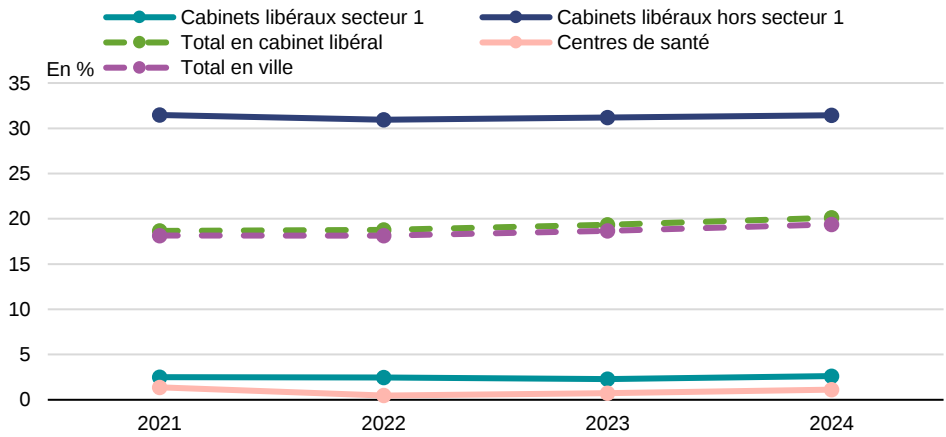
Source > DREES, comptes de la santé.

Une poursuite de la hausse de taux du reste à charge des ménages en 2024

En 2024, la consommation de soins de médecins spécialistes (hors médecins généralistes) en cabinet

libéral est couverte à hauteur de 66,9 % par la Sécurité sociale, 0,2 % par l'État, et 20,3 % par les organismes complémentaires (tableau 6). Les ménages financent 12,6 % de ces soins, une part en hausse continue depuis le point bas (9,9 %) atteint en 2020 (graphique 6). ■

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



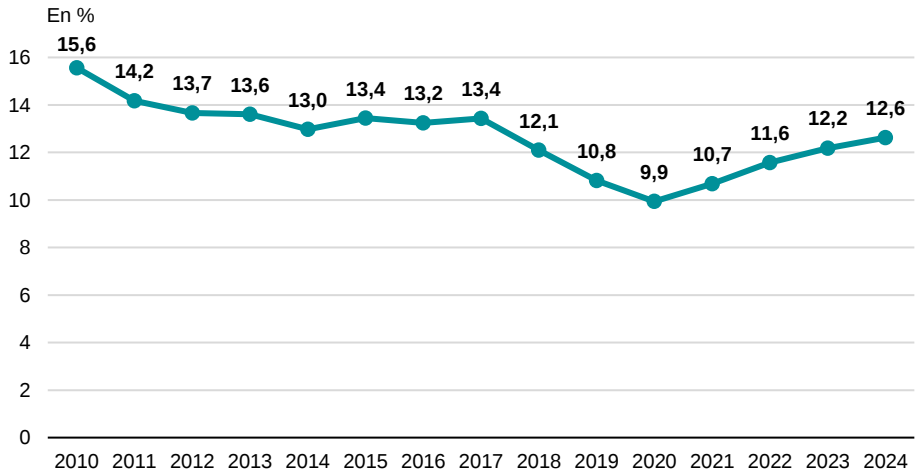
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 6 Répartition des dépenses de soins de médecins spécialistes en cabinet libéral (hors médecins généralistes) par financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	7 595	66,9
État	22	0,2
Organismes complémentaires	2 308	20,3
Ménages	1 434	12,6
Ensemble	11 359	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 6 Taux de reste à charge des ménages pour les soins de médecins spécialistes en cabinet libéral (hors médecins généralistes)



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, les dépenses de soins courants des sages-femmes exerçant en cabinet libéral atteignent 655 millions d'euros, et 681 millions en incluant les centres de santé. Au cours des dix dernières années, ces dépenses ont augmenté très rapidement, de 10 % par an en moyenne. Cette tendance est soutenue par la croissance des effectifs, de 6,1 % 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 2024, la Sécurité sociale finance environ 88 % de ces dépenses. Le montant financé par la Sécurité sociale pour les cabinets libéraux s'élève à 574 millions d'euros.

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

En 2024, la consommation de soins courants de sages-femmes exerçant en cabinet libéral s'élève à 655 millions d'euros (*tableau 1*), soit 0,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette dépense augmente fortement en 2024 (+18,6 % en valeur, après +5,9 %). Les dépenses en centre de santé s'établissent à 26 millions d'euros en 2024 (*tableau 1*).

Depuis 2014, les soins de sages-femmes en cabinet sont la dépense de soins de ville qui augmente le plus rapidement, en moyenne de 10,0 % par an. Dans un contexte de baisse des naissances (de 820 000 en 2014 à 660 000 en 2024), la hausse des soins de sages-femmes s'explique surtout par le virage ambulatoire des soins des maternités, notamment pour le suivi médical post-accouchement. La durée des séjours en maternité en France a diminué 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*). En effet, la convention nationale des sages-femmes avec l'Assurance maladie, renégociée en mars 2022, crée deux nouveaux actes de téléconsultation 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 2024, cette dynamique change, car les prix augmentent fortement (+7,3 %). Cette hausse s'explique notamment par l'entrée en vigueur, en mars 2024, d'un arrêté augmentant de 25 % les forfaits d'interruption volontaire de grossesse (IVG), acte que les sages-femmes peuvent réaliser par voie médicamenteuse depuis 2016 et par voie instrumentale depuis 2023.

En 2024, les volumes de soins de sages-femmes accélèrent fortement (+10,6 % après +5,2 %). Le nombre de rencontres en cabinet augmentent de moins de 1 % sur ces trois dernières années pour les sages-femmes.

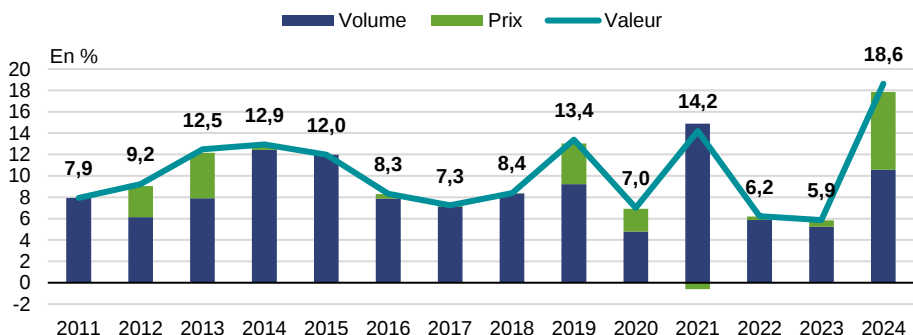
Tableau 1 Consommation de soins courants de sages-femmes en ville

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	252	430	492	522	552	655
Honoraires ¹	239	401	462	492	523	627
Contrats et assimilés ²	0	12	10	11	10	5
Prise en charge des cotisations	12	17	18	16	15	18
IVG médicamenteuses en ville	0	0	2	3	4	5
Évolution (en %)	12,9	7,0	14,2	6,2	5,9	18,6
dont volume (en %)	12,4	4,8	14,9	5,9	5,2	10,6
dont prix (en %)	0,5	2,1	-0,6	0,3	0,6	7,3
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	5	13	14	18	22	26
Soins en ville (en millions d'euros)	257	444	506	539	574	681

1. Les honoraires sont versés au titre des consultations, des visites, des actes techniques et des téléconsultations, ainsi que des interruptions volontaires de grossesse (IVG) instrumentales.

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 en cabinet libéral

Lecture > La valeur des soins de sages-femmes augmente de 18,6 % en 2024. Cette hausse se décompose en une hausse de 7,3 % du prix des soins et une hausse de 10,6 % du volume de soins.

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

Les actes techniques d'obstétrique majoritaires en 2024

Les actes cliniques et techniques d'obstétrique constituent la première catégorie de soins, soit 40 % de la dépense de soins courants de sages-femmes (graphique 2). Cette part est nettement plus faible dans les centres de santé : elle n'y représente que 20 % des soins.

Les consultations et visites représentent 34 % des soins, suivies par les actes techniques d'échographie à 17 % et les autres actes techniques (4 %). En centre de santé, les consultations, visites et échographies pèsent un poids plus lourd dans la répartition des soins (respectivement 39 % et 27 %).

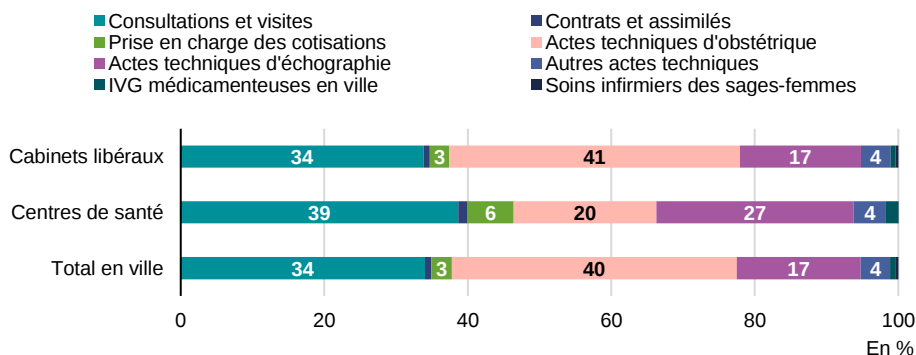
Le reste des dépenses, incluant les contrats et assimilés, la prise en charge des cotisations, les IVG médicamenteuses en ville et les soins infirmiers de sages-femmes représentent 6 % des dépenses.

La croissance des effectifs se concentre sur les salariés hors hospitaliers en 2024

Au 1^{er} janvier 2024, on compte 11 500 sages-femmes exerçant une activité en ville, soit 5,0 % de plus qu'en 2023 (tableau 2). Le nombre de sages-femmes de ville a augmenté continuellement depuis 2014 (+6,2 % par an en moyenne). Cette hausse est principalement portée par les libérales exclusives, dont les effectifs ont doublé depuis 2014 pour atteindre environ 55 % du total en 2024.

Entre 2014 et 2024, l'augmentation des sages-femmes d'exercice mixte hors hôpital et celle de sages-femmes salariés sont commensurables (+5,7 % par an en moyenne).

Les dépenses de sages-femmes réalisées en centre de santé demeurent marginales, mais elles progressent : entre 2014 et 2024, elles ont crû de 2 % à 4 %.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins courants des sages-femmes en 2024

Source > DREES, comptes de la santé.

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

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	6 400	9 400	10 000	10 500	11 000	11 500	5,0	100
Libérales exclusives	3 400	5 200	5 500	5 900	6 200	6 400	2,1	55
Mixtes	1 500	2 400	2 500	2 400	2 500	2 600	5,3	23
Salariées hors hospitalières	1 500	1 800	2 000	2 200	2 300	2 600	12,2	22

Note > Ne sont comptabilisées 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.
Source > ASIP-Santé RPPS ; calculs DREES.

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

En 2024, la Sécurité sociale demeure de loin le principal financeur des soins de sages-femmes en cabinet libéral, à hauteur de 87,7 % de la consommation (tableau 3). Entre 2014 et 2024, la part financée par la Sécurité sociale a diminué de 6,2 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 hors secteur 1, qui représentent environ 3 % du total des dépenses en cabinet libéral.

Le financement des organismes complémentaires et celui à la charge des ménages, s'élève à 77 millions d'euros en 2024, soit 12 % du total des soins de sages-femmes. ■

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de sages-femmes en cabinet libéral par type de financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	574	87,7
État	4	0,6
Organismes complémentaires et ménages	77	11,7
Ensemble	655	100,0

Note > Les organismes complémentaires et les ménages sont globalisés en une catégorie unique, en raison d'un manque de précision sur la répartition des dépenses entre ces deux financeurs.
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 (examens, 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). [Arrêté du 1^{er} mars 2024 - Forfaits IVG](#).

En 2024, la consommation de soins courants infirmiers en cabinet libéral s'élève à 9,4 milliards d'euros. La croissance des soins infirmiers ralentit (+1,1 % après +2,8 % en 2023), sous l'effet d'une baisse du volume d'activité de 0,9 %. Les dépenses de soins infirmiers sont prises en charge à plus de 90 % par l'Assurance maladie. En 2024, 1,9 % des dépenses de soins infirmiers demeurent à la charge des ménages.

En 2024, les soins courants infirmiers ralentissent sous l'effet d'une baisse du volume

En 2024, 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 3,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux. 98 % des dépenses de soins infirmiers sont réalisés en cabinet libéral.

Les dépenses de soins en cabinet libéral ralentissent, pour s'établir à +1,1 % en 2024. Ce ralentissement s'explique par un repli de la consommation en volume (-0,9 % après +2,6 %), qui domine l'accélération des prix (+2,0 % après +0,2 %). Les prix des soins infirmiers n'avaient pas autant augmenté depuis 2020 (*graphique 1*) ; en 2024, ils augmentent au même rythme que l'inflation totale (+2,0 %). Le recul en volume est cohérent avec la baisse constatée du nombre de rencontres entre les patients et les infirmiers (-2,4 % en 2024).

L'avenant n° 10 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, signé en juin 2023 et entré en vigueur en janvier 2024, prévoit un accompagnement financier pour les infirmières libérales qui

suivent la formation d'infirmier en pratique avancée (IPA), et revalorise la prise en charge des patients à domicile et les indemnités forfaitaires de déplacement. Cette dernière disposition a probablement favorisé la hausse du prix des soins infirmiers ; les frais de déplacement augmentent en effet de 8,4 % en 2024 (+2,9 % en 2023).

Les frais de déplacement constituent un quart des soins infirmiers en 2024

La structure de la consommation de soins courants infirmiers en ville évolue légèrement en 2024 : les actes médicaux infirmiers (AMI) [injections, pansements, etc.] représentent 49 % de la dépense, les actes infirmiers de soins (AIS) [séances de soins, surveillance, etc.] 23 % et les frais de déplacement 22 % (*graphique 2*). Dans les centres de santé, la part des AIS est plus élevée dans les soins (27 %).

Suite à l'entrée en vigueur de l'avenant n°10 les revalorisant, les frais de déplacement sont le principal contributeur à la croissance des soins infirmiers en 2024.

Tableau 1 Consommation de soins courants infirmiers en ville

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	6 447	8 710	8 922	9 082	9 338	9 439
Honoraires ¹	6 041	8 081	8 374	8 532	8 848	8 952
Contrats et assimilés ²	6	156	96	106	92	73
Prise en charge des cotisations	400	473	452	444	398	414
Évolution (en %)	6,2	8,5	2,4	1,8	2,8	1,1
dont volume (en %)	6,2	5,5	1,4	1,1	2,6	-0,9
dont prix (en %)	0,0	2,9	1,0	0,7	0,2	2,0
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	197	219	221	206	195	193
Soins en ville (en millions d'euros)	6 643	8 929	9 143	9 288	9 533	9 631

1. Les honoraires sont versés au titre des consultations, 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 2024, la consommation de soins infirmiers en cabinet libéral s'élève à 9 439 millions d'euros, dont 414 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Elle augmente en 2024 de 1,1 % en valeur. Cette évolution se décompose en une baisse de 0,9 % du volume de soins et d'une hausse de 2,0 % du prix.

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

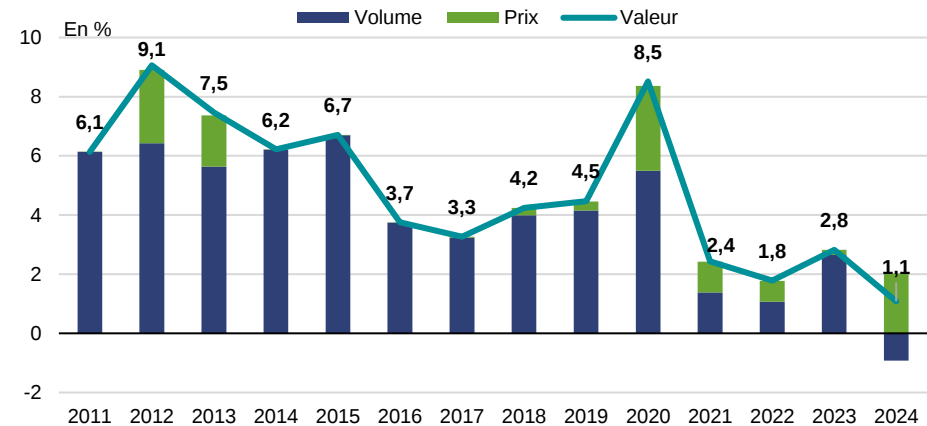
Les effectifs des infirmières en libéral augmentent en 2021

Au 1^{er} janvier 2021¹, le nombre d’infirmières exerçant leur activité en libéral est estimé à 98 000 (tableau 2), en hausse de 1,3 %. Si les infirmières restent très majoritairement salariées, la part des infirmières libérales (16 %) est en hausse de 2 points de pourcentage depuis 2014.

La Sécurité sociale prend en charge 92 % de la consommation de soins infirmiers

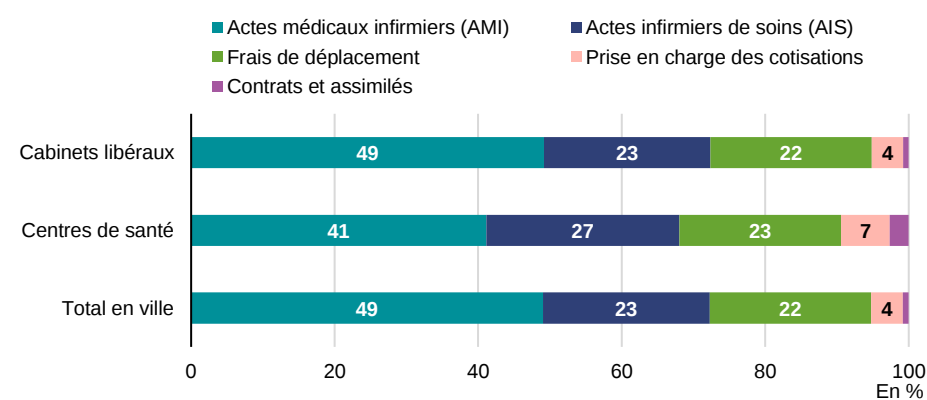
Le financement de la consommation de soins infirmiers est principalement assuré par la Sécurité sociale (92,1 % en 2024) [tableau 3]. L’État contribue pour 0,4 % de la dépense (aide médicale de l’État et invalides de guerre) et les organismes complémentaires pour 5,6 %. Le reste à charge des ménages représente 1,9 % de la dépense, soit 178 millions d’euros en 2024. Sur les dix dernières années, la répartition des dépenses de soins infirmiers entre les différents financeurs est restée relativement stable. ■

Graphique 1 Évolution de la consommation des soins infirmiers en cabinet libéral



Lecture > La valeur des soins infirmiers augmente de 1,1 % en 2024. Cette hausse se décompose en une hausse de 2,0 % du prix des soins et une baisse de 0,9 % du volume de soins.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins courants infirmiers en 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Les données relatives aux infirmières disponibles dans le Répertoire partagé des professionnels de santé sont jugées de qualité insuffisante pour élaborer des statistiques sur leurs effectifs. Pour palier cela, la

DREES a mené des travaux spécifiques pour établir des séries jusqu'en 2021.

Tableau 2 Effectifs des infirmières par mode d'exercice, au 1^{er} janvier

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Libérales	80 200	83 900	87 200	90 300	92 900	95 500	97 400	98 600
Salariées	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.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins courants infirmiers par type de financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	8 695	92,1
État	36	0,4
Organismes complémentaires	530	5,6
Ménages	178	1,9
Ensemble	9 439	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, la consommation de soins des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers s'élève à 11,6 milliards d'euros en cabinet libéral, dont 65 % de soins de kinésithérapeutes ; la consommation en centre de santé est beaucoup plus faible (104 millions d'euros, dont 90 % sont des soins d'orthoptistes). La croissance de ces dépenses en cabinet libéral demeure soutenue (+7,2 % après +7,1 %), portée par une augmentation du volume de soins (+4,3 %) et une hausse des prix (+2,8 %). Ces soins sont pris en charge à 54 % par l'Assurance maladie et à 31 % par les ménages.

La consommation de soins courants des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers continue d'accélérer en 2024

En 2024, la consommation en soins courants d'auxiliaires médicaux¹ (hors soins infirmiers) s'élève à 11,7 milliards d'euros (tableau 1). Elle est quasiment totalement effectuée en cabinet libéral (11,6 milliards d'euros, soit 4,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux [CSBM]). Après un rebond important en 2021 (+18,6 %), la consommation en cabinet libéral demeure dynamique : +5,2 % en 2022, puis +7,1 % en 2023 et +7,2 % en 2024. En 2024, ces dépenses augmentent davantage que le PIB (+3,3 %).

L'augmentation des volumes soutient la croissance des dépenses ; cependant, en 2024, les prix recommencent à augmenter (+2,8 %), après deux années de relative stabilité (+0,3 % en 2022 et 2023). En 2024, les prix augmentent davantage que l'inflation

totale (+2,8 % vs +2,0 %). Le nombre de rencontres reste complètement stable entre 2023 et 2024 (0,0 %).

Les prix des soins courants des auxiliaires médicaux hors infirmières repartent tous à la hausse en 2024

En 2024, les dépenses de soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers en cabinet libéral sont à 65,5 % des soins de kinésithérapeutes, à 11,7 % des soins de psychologues², à 11,4 % des soins d'orthophonistes, à 6,1 % des soins d'ergothérapeutes, de psychomotriciens ou de diététiciens, à 2,9 % des soins d'orthoptistes et à 2,4 % des soins de pédicures-podologues. En dix ans, la structure de ces soins s'est sensiblement déformée, notamment à la faveur du doublement de la part des soins de psychologues, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens dans les soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers.

Tableau 1 Consommation de soins courants des auxiliaires médicaux

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	7 206	8 121	9 634	10 050	10 781	11 592
Kinésithérapeutes	5 193	5 446	6 402	6 604	7 052	7 598
Psychologues	497	881	1 082	1 185	1 276	1 355
Orthophonistes	961	970	1 136	1 148	1 239	1 323
Ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens	201	392	521	581	654	710
Orthoptistes	123	199	246	265	291	332
Pédicures-podologues	231	233	248	267	269	273
Évolution (en %)	5,7	-9,5	18,6	4,2	7,1	7,2
dont volume (en %)	5,6	-11,4	20,2	3,9	6,8	4,3
dont prix (en %)	0,0	2,2	-1,3	0,3	0,3	2,8
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	8	61	73	96	105	104
Soins en ville (en millions d'euros)	7 214	8 183	9 707	10 145	10 886	11 697

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) en cabinet libéral s'élève à 11 592 millions d'euros, soit 7 598 millions d'euros de soins courants de kinésithérapie. Elle augmente de 7,2 % en 2024 en valeur. Cette évolution se décompose en une hausse de 4,3 % du volume de soins et en une hausse de 2,8 % du prix.

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

¹ Les dépenses de soins de kinésithérapeutes effectuées dans le cadre de la prise en charge de la dépendance ne sont pas comptabilisées comme des soins courants, mais comme des soins de longue durée (fiche 22).

² En France, les psychologues diplômés d'État ne sont pas reconnus professions de santé. En revanche, en accord avec les conventions du manuel du système des comptes de la santé, ils sont classés avec les auxiliaires médicaux dans les comptes de la santé.

En 2024, l'accélération des soins d'auxiliaires médicaux hors infirmières est portée par celle du volume de soins de kinésithérapie

En 2024, la consommation de soins dispensés par les kinésithérapeutes en cabinet libéral augmente de 7,7 % par rapport à 2023 et s'établit à 7,6 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 2024.

En 2024, le prix des soins de kinésithérapeutes augmente (+2,1 %), conséquence de la revalorisation de leur tarification entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Le volume de soins consommés est également dynamique (+5,5 %) [graphique 2]. Le nombre de rencontres entre des patients et des kinésithérapeutes est stable en 2023 et en 2024.

En 2024, les honoraires représentent 93 % de la dépense de soins des kinésithérapeutes en cabinet libéral, 90 % de celle en centre de santé. Les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent 51 % des dépenses de soins de kinésithérapie effectués en cabinet libéral en 2024 (graphique 1) et 65 % des actes effectués en centre de santé. Les actes en établissement (AMC) sont très peu pratiqués en centre de santé (2 % du total, contre 15 % en cabinet libéral), tandis que la part des actes classiques (AMK) est relativement proche en cabinet libéral et en centre de santé (respectivement 27 % et 24 %).

Les kinésithérapeutes en cabinet libéral facturent une part importante de dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie : 17,1 % des dépenses de soins de kinésithérapeutes correspondent à des dépenses non remboursables, dont 2,5 % dus à la facturation de dépassements d'honoraires, et 14,6 % à des actes non remboursés.

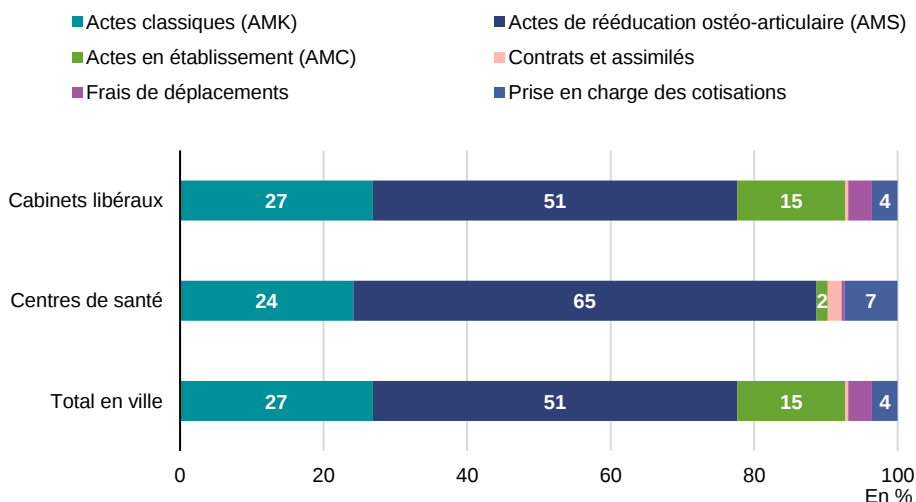
Les prix des soins d'orthophonie en cabinet libéral augmentent en 2024

La consommation de soins d'orthophonie s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2023, en hausse de 6,9 %. Cette hausse est portée par celle des prix des soins (+4,2 %), alors que l'augmentation du volume de soins dispensés ralentit (+2,5 % en 2024 après +5,2 % en 2023) et que le nombre de rencontres entre des patients et des orthophonistes reste stable (0,0 %). C'est la conséquence de la renégociation de la convention nationale entre l'Assurance maladie et les orthophonistes en 2023, qui a conduit à une augmentation des tarifs des honoraires des orthophonistes à partir de 2024.

Les soins d'orthoptie en cabinet libéral accélèrent en 2024

Les soins d'orthoptistes sont très dynamiques en 2024 (+14,3 % après +9,7 % en 2023), s'établissant à 332 millions d'euros. Ce dynamisme de la consommation est dû à une augmentation du volume (+9,8 % après +9,5 % en 2023), mais également en 2024 à une hausse des prix (+4,1 %). Les rencontres entre des orthoptistes et des patients restent stables (0,0 %).

Graphique 1 Structure des soins courants de kinésithérapeutes en 2024



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

Lecture > Les actes de rééducation ostéo-articulaires (AMS) représentent 51 % des soins courants de kinésithérapeutes.

Source > DREES, comptes de la santé.

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 s'est poursuivi en 2023 et 2024, avec la renégociation de la convention nationale entre l'Assurance maladie et les orthoptistes ; celle-ci leur permet désormais de pratiquer les dépistages de l'amblyopie et des troubles réfractifs chez les enfants, et revalorisent leurs tarifs.

Les prix des soins de pédicures-podologues en cabinet libéral bondissent

Les soins de pédicures-podologues représentent une dépense de 273 millions d'euros en 2024, en hausse de 1,7 %. Leur croissance repart ainsi à la hausse, après avoir marqué le pas en 2023 (+0,6 %).

Cette hausse est portée par une hausse des prix de 21,2 %, reflet de l'entrée en vigueur, en mars 2024, de l'avenant 5 à la convention des pédicures-podologues avec l'Assurance maladie, qui leur permet d'être rémunérés par la Sécurité sociale en télésoin et téléexpertise.

Les dépassements d'honoraires sont minoritaires dans les soins des orthophonistes, des orthoptistes et des pédicures-podologues

Les soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et soins de kinésithérapie sont majoritairement facturés en cabinet libéral. En centre de santé, les soins

d'orthophonie s'élèvent à 2 millions d'euros, les soins d'orthoptie à 94 millions d'euros et les soins de pédicurie-podologie à 1 million d'euros.

En cabinet libéral, les dépassements d'honoraires représentent 0,1 % de la consommation de soins d'orthophonistes, 0,7 % des soins d'orthoptistes, et 0,7 % des soins de pédicures-podologues.

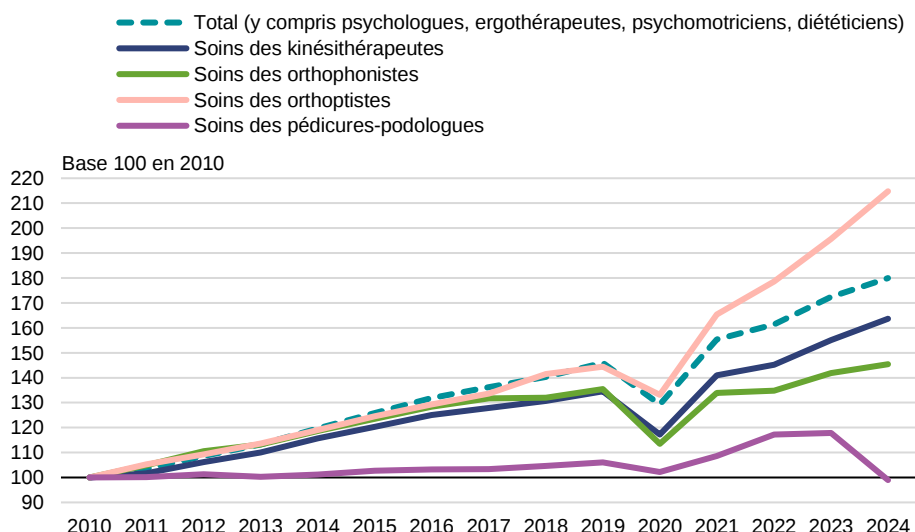
Au total, en ville, les dépassements d'honoraires ne représentent que 0,3 % des soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers et soins de kinésithérapie.

Les soins de psychologues, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens ralentissent mais restent dynamiques

Les soins de psychologues s'établissent à 1,3 milliard d'euros en ville en 2024, en hausse de 6,2 % par rapport à 2023. Cette dynamique prolonge plusieurs années de forte croissance (+8,1 % en 2022, +6,5 % en 2023), portées par la montée en charge du dispositif Mon Soutien Psy.

Les soins d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens ralentissent également, pour atteindre 710 millions en ville en 2024, mais restent dynamiques (+8,5 % en 2024, après +12,7 % en 2023 et +11,5 % en 2022).

Graphique 2 Niveau de l'activité en volume des auxiliaires médicaux hors infirmières en cabinet libéral



Note > Ce graphique ne présente pas de résultats détaillés pour les soins de psychologues, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et de diététiciens. Pour ceux-ci, il n'est pas possible de décomposer à un niveau fin l'évolution des dépenses en valeur entre un effet volume et un effet prix.

Lecture > En 2024, le volume de soins de kinésithérapeutes s'élève à 163,7 en comparaison de l'année de référence 2010 dont le niveau est fixé à 100. Autrement dit, en 2024, le volume de soins est donc supérieur de 63,7 % au niveau de 2010.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la CNAM.

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

Au 1^{er} janvier 2024, 91 600 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 2018 : +3,0 % en moyenne par an entre 2018 et 2024. Après une croissance moyenne de 2,3 % sur la période 2018-2023, le nombre de kinésithérapeutes salariés hors hospitaliers, exerçant majoritairement en centre de santé, croît en 2024 de 8,5 %.

Au 1^{er} janvier 2024, le nombre d'orthoptistes est estimé à 5 700, dont 60 % dans le secteur libéral ou mixte. Les effectifs augmentent assez dynamiquement, de 6,5 % en moyenne annuelle entre 2018 et 2024. Cette croissance est portée par celle des orthoptistes salariés hors hospitaliers, très dynamique sur la période (18,2 % en 2029, 7,7 % en 2020, 21,4 % en 2021, puis 10,6 % en moyenne sur 2022-2024). La croissance des effectifs libéraux ou mixtes est beaucoup plus stable (3,3 % en moyenne entre 2018 et 2024).

Les 23 500 orthophonistes et les 14 200 pédicures-podologues exerçant en ville en France pratiquent majoritairement dans le secteur libéral ou mixte, respectivement à 91 % et 99 %. Leurs effectifs croissent peu : +1,2 % en moyenne entre 2018 et 2024 pour les pédicures-podologues, et +1,8 % en moyenne pour les orthophonistes.

Les 61 200 psychologues cliniciens diplômés d'État, et les 8 500 ergothérapeutes exerçant en ville en 2024 sont majoritairement salariés hors hospitaliers (respectivement 54 % et 64 % des effectifs). Les effectifs de psychologues en libéral ou mixte augmentent d'en moyenne de 8,0 % par an, tandis que les effectifs de salariés hors hospitaliers augmentent de 4,2 % en moyenne par an. Cette croissance ralentit toutefois (4,3 % en 2024, contre 7,3 % en 2022). Les effectifs d'ergothérapeutes connaissent une croissance également assez dynamique, de 8,5 % en moyenne, mais qui ralentit aussi (de 9,6 % en 2028 à 7,6 % en 2024). Elle est portée par l'essor des effectifs libéraux ou mixtes, qui ont plus que doublé entre 2018 et 2024.

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

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Kinésithérapeutes	76 900	77 600	79 900	82 900	85 000	88 200	91 600
dont libéraux ou mixtes	72 700	73 300	75 600	78 400	80 400	83 500	86 600
dont salariés hors hospitaliers	4 200	4 300	4 300	4 500	4 600	4 700	5 100
Orthophonistes	21 100	21 500	21 900	22 300	22 600	23 000	23 500
dont libéraux ou mixtes	19 100	19 500	19 900	20 300	20 700	20 900	21 400
dont salariés hors hospitaliers	2 000	1 900	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Orthoptistes	3 900	4 200	4 400	4 700	5 000	5 400	5 700
dont libéraux ou mixtes	2 800	2 900	3 000	3 100	3 200	3 300	3 400
dont salariés hors hospitaliers	1 100	1 300	1 400	1 700	1 900	2 100	2 300
Pédicures-podologues	13 200	13 400	13 600	13 800	13 800	14 000	14 200
dont libéraux ou mixtes	13 200	13 300	13 500	13 700	13 700	13 900	14 100
dont salariés hors hospitaliers	100	100	100	100	100	100	100
Psychologues	44 400	46 900	49 600	52 100	55 900	58 700	61 200
dont libéraux ou mixtes	18 200	19 800	21 400	22 900	25 000	26 700	28 400
dont salariés hors hospitaliers	26 100	27 000	28 100	29 200	30 900	32 000	32 900
Psychomotriciens	8 400	9 000	9 600	10 200	10 900	11 400	12 000
dont libéraux ou mixtes	2 600	3 000	3 400	3 800	4 300	4 700	5 200
dont salariés hors hospitaliers	5 800	6 000	6 200	6 400	6 600	6 700	6 800
Ergothérapeutes	5 200	5 700	6 200	6 800	7 400	7 900	8 500
dont libéraux ou mixtes	1 400	1 700	1 900	2 200	2 500	2 800	3 100
dont salariés hors hospitaliers	3 700	4 000	4 300	4 600	4 900	5 100	5 400
Diététiciens	7 200	7 900	8 600	9 500	10 400	11 300	12 000
dont libéraux ou mixtes	4 500	5 000	5 500	6 200	6 800	7 300	7 900
dont salariés hors hospitaliers	2 700	2 900	3 100	3 300	3 600	3 900	4 100

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 et pédicures-podologues, ensemble des praticiens inscrits au RPPS.

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

En 2024, 12 000 psychomotriciens exercent en France, dont 43 % en libéral ou en mixte. Les effectifs croissent de manière assez stable, de 6,1 % par an en moyenne. Comme pour les psychologues et les ergothérapeutes, cette croissance est portée par les effectifs libéraux ou mixtes, qui augmentent de 12,3 % par an, alors que les effectifs de psychomotriciens salariés hors hospitaliers croissent plus lentement (2,7 % par an). Ainsi, entre 2018 et 2024, les psychomotriciens libéraux sont passés de 31 % à 43 % des effectifs totaux de psychomotriciens.

Les diététiciens, au nombre de 12 000 en 2024, exercent aux deux tiers en libéral ou mixte. Leurs effectifs connaissent les mêmes tendances que les psychomotriciens et les ergothérapeutes : une croissance dynamique sur la période 2018-2024, qui ralentit sensiblement les dernières années. Au contraire des psychologues, des psychomotriciens et des ergothérapeutes cependant, cette croissance est portée à la fois par les effectifs libéraux ou mixtes et les effectifs salariés hors hospitaliers

Des taux de prise en charge par l'Assurance maladie très hétérogènes selon les professions

La Sécurité sociale finance 53,9 % des dépenses de soins d'auxiliaires médicaux hors soins infirmiers en

cabinet libéral en 2024. Les organismes complémentaires en financent 15,3 % et les ménages 30,6 % (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 global de 80,2 %. Les soins d'orthoptistes sont, pour leur part, pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire à 69,8 %. Cette part est inférieure chez les kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, qui pratiquent davantage de soins non remboursables : ainsi, elle atteint respectivement 63,5 % et 33,0 %. L'Assurance maladie rembourse, depuis 2022, des séances chez le psychologue, dans le cadre du dispositif Mon Soutien Psy. Cela ne représente cependant que 3,1 % de la consommation totale de soins de psychologues, le reste étant à la charge des patients ou éventuellement de leur complémentaire santé.

Enfin, les soins de psychomotricité (225 millions d'euros en 2024), d'ergothérapie (143 millions) et de diététique (342 millions) ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, et sont financés intégralement par les patients, ou leurs complémentaires santé. ■

Tableau 3 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par financeur en 2024

		En millions d'euros et en pourcentage				
		Ensemble	Sécurité sociale	État	OC	Ménages
Auxiliaires médicaux hors infirmières	Dépenses	11 592	6 252	23	1 771	3 546
	Part	100,0	53,9	0,2	15,3	30,6
Kinésithérapeutes	Dépenses	7 598	4 827	17	1 231	1 523
	Part	100,0	63,5	0,2	16,2	20,0
Autres auxiliaires médicaux	Dépenses	3 995	1 425	5	541	2 023
	Part	100,0	35,7	0,1	13,5	50,6
dont orthophonistes	Dépenses	1 323	1 061	5	257	
	Part	100,0	80,2	0,3	19,5	
dont orthoptistes	Dépenses	332	232	1	100	
	Part	100,0	69,8	0,2	29,9	
dont pédicures-podologues	Dépenses	273	90	0	183	
	Part	100,0	33,0	0,0	67,0	
dont psychologues	Dépenses	1 355	42	0	1 314	
	Part	100,0	3,1	0,0	96,9	
dont ergothérapeutes	Dépenses	143	0	0	143	
	Part	100,0	0,0	0,0	100,0	
dont psychomotriciens	Dépenses	225	0	0	225	
	Part	100,0	0,0	0,0	100,0	
dont diététiciens	Dépenses	342	0	0	342	
	Part	100,0	0,0	0,0	100,0	

OC : organismes complémentaires.
Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, la consommation de soins dentaires dispensés en cabinet libéral, qui recouvre notamment les soins prothétiques et conservateurs, s'élève à 13,2 milliards d'euros. Sa croissance ralentit en 2024 (+2,3 % après +3,5 %), malgré une accélération des prix. La progression des centres de santé se poursuit ; en 2024, 15,8 % des dépenses de soins dentaires y sont effectuées, contre 8,3 % en 2014. Les organismes complémentaires financent 48 % de ces dépenses, la Sécurité sociale et l'État 36 %, et 15 % restent à charge des ménages. Les dépenses de prothèses dentaires se sont stabilisées après plusieurs années de forte croissance.

La consommation de soins dentaires en cabinet libéral en hausse en 2024

En 2024, la consommation de soins dentaires en cabinet libéral s'élève à 13,2 milliards d'euros (tableau 1). Portée par la hausse des soins conservateurs, des prothèses dentaires et de l'orthodontie, elle croît de 2,3 %, un rythme supérieur à celui observé avant la crise (+0,6 % en moyenne par an entre 2011 et 2019), mais inférieure la croissance du PIB en valeur (+3,3 %).

Les dépenses de soins dentaires en cabinet libéral ralentissent en 2024 (+2,3 % après +3,5 %), comme les volumes de soins (+0,9 % après +2,6 %) et malgré l'accélération des prix (+1,4 % après +0,8 %). Le nombre de rencontres entre les patients et les dentistes diminue en 2024 (-2,8 %).

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. Parmi les mesures déployées en 2024, la convention prévoit une hausse de 30 % des soins conservateurs, tirant les prix vers le haut de 1,4 %.

Une hausse des soins dentaires et des prothèses en 2024

La consommation de soins dentaires est composée à 42 % de dépenses de prothèses dentaires, réparties depuis la réforme du 100 % santé en 2019 entre trois paniers de soins (« reste à charge 0 », « reste à charge maîtrisé » et « tarif libre »). 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 2024 (graphique 1) et l'orthodontie 20 % ; la radiologie et les consultations représentent ensemble 5 % des dépenses.

Les dépenses des prothèses ont ralenti en 2024 (+0,3 %), après plusieurs années d'augmentation dans un contexte de montée en charge progressive de la réforme du 100 % santé. L'orthodontie a un poids plus important dans les cabinets libéraux (21 % contre 10 % en centre de santé).

Tableau 1 Consommation de soins courants dentaires en ville

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins en cabinet libéral (en millions d'euros)	10 682	10 617	12 236	12 477	12 908	13 205
Honoraires	10 457	10 131	11 986	12 180	12 615	12 914
Contrats et assimilés ¹	1	273	36	42	49	26
Prise en charge des cotisations	224	214	213	254	244	264
Évolution (en %)	-0,5	-4,8	15,2	2,0	3,5	2,3
dont volume (en %)	-1,2	-10,0	14,4	0,8	2,6	0,9
dont prix (en %)	0,7	5,8	0,8	1,2	0,8	1,4
Soins en centre de santé (en millions d'euros)	961	1 599	1 979	2 156	2 380	2 475
Soins en ville (en millions d'euros)	11 644	12 215	14 215	14 633	15 288	15 679

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa).

Lecture > En 2024, la consommation de soins dentaires en cabinet libéral s'élève à 13,2 milliards d'euros, dont 12,9 milliards d'euros d'honoraires. Elle progresse de 2,3 % en valeur.

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

Une hausse du nombre de dentistes

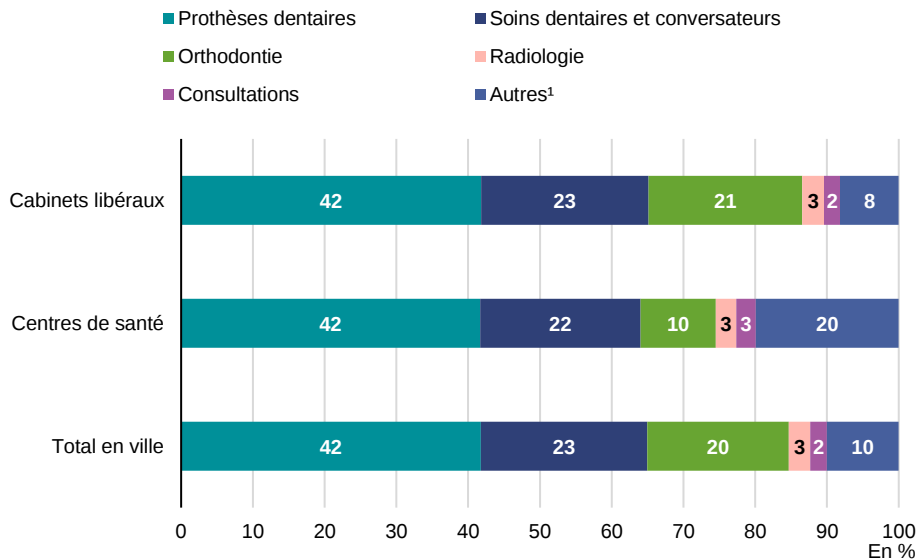
Les effectifs des dentistes hors secteur hospitalier, sont en hausse en 2024 à 45 300 (+ 1,1 %) [tableau 2]. Cette progression est portée par les salariés, bien que ceux-ci ne représentent que 17 % des effectifs. Leur nombre augmente de 7 % tandis que celui des dentistes libéraux ou mixtes, représentant 83 % du total, reste quasiment stable par rapport à l'année précédente.

Entre 2014 et 2024, les effectifs des dentistes ont augmenté de 1,0 % par an en moyenne annuelle. Les effectifs des dentistes libéraux ayant très peu augmenté (+0,2 % en moyenne annuelle), la hausse est très majoritairement portée par les autres salariés (+7,2 % en moyenne annuelle).

Un recul persistant des soins dentaires en cabinet libéral

La part des soins dentaires effectués en cabinet libéral diminue depuis 2014 (91,7 % en 2014 contre 84,2 % en 2024) au profit de ceux réalisés en centre de santé (8,3 % en 2014 contre 15,8 % en 2024) [graphique 2]. 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.

Graphique 1 Structure de la dépense de soins courants dentaires en 2024



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.

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

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Ensemble	40 900	42 500	42 700	43 700	44 700	45 300	1,1	100,0
Libéraux exclusifs et mixtes	37 100	37 100	36 900	37 200	37 600	37 700	0,3	83,2
Salariés hors hospitaliers	3 800	5 400	5 800	6 500	7 100	7 600	7,0	16,8

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 2012-2024.

Les organismes complémentaires demeurent les premiers financeurs des soins dentaires

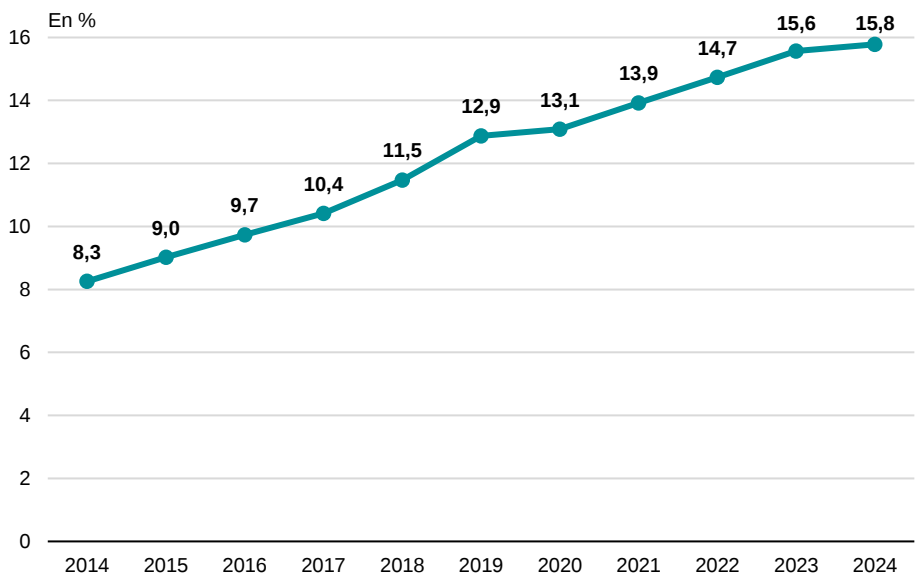
En 2024, les organismes complémentaires demeurent les principaux financeurs des soins dentaires : ils prennent en charge 48,5 % de la dépense des soins dentaires (tableau 3). Cette part repart à la hausse, à la suite des transferts de certains soins de la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires, prévus par la convention dentaire 2023-2028 (+2,2 points entre 2023 et 2024). Cette augmentation est principalement portée par les soins dentaires hors prothèses (+4,5 points entre 2023 et 2024).

La part financée par la Sécurité sociale baisse de 1,6 point à 36,1 %.

Le reste à charge des ménages s'établit à 15,5 % en 2024, en baisse de 1 point par rapport à l'année précédente, et de 10 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 18,8 % en 2019 à 15,8 % en 2021 (graphique 3).

Il existe plusieurs modes de tarification en fonction du type de soin (encadré 1). Le reste à charge des ménages est plus élevé pour les soins hors prothèses (17,9 %) que pour les prothèses (12,0 % de la dépense en 2024).

Graphique 2 Part des soins dentaires effectués en centre de santé entre 2014 et 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins dentaires en cabinet libéral par type de financeur en 2024

	Soins dentaires		Soins dentaires hors prothèses dentaires		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	4 748	36,0	3 732	48,6	1 016	18,4
État	14	0,1	12	0,2	1	0,0
Organismes complémentaires	6 403	48,5	2 565	33,4	3 838	69,5
Ménages	2 040	15,5	1 377	17,9	663	12,0
Ensemble	13 205	100,0	7 686	100,0	5 518	100,0

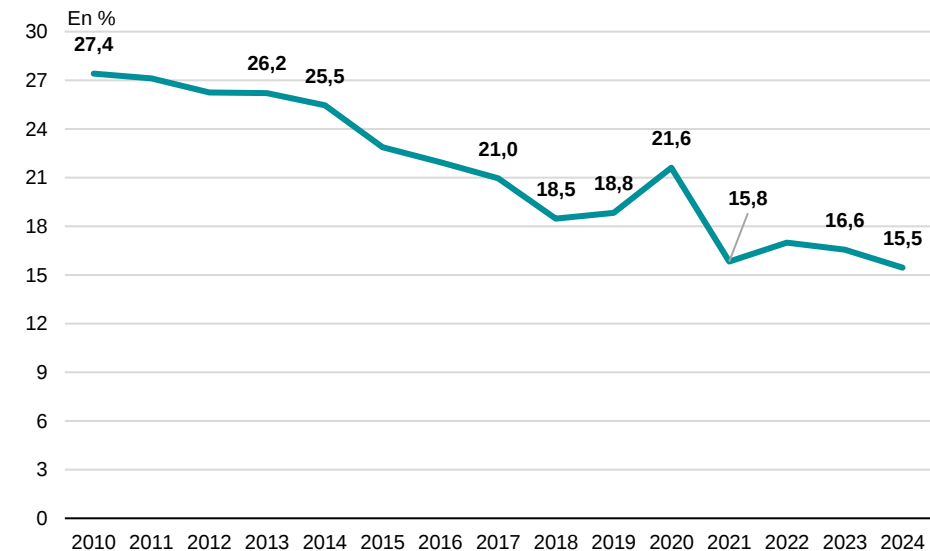
Source > DREES, comptes de la santé.

Le taux de dépassement baisse de nouveau en 2024

Les dépassements représentent environ la moitié des honoraires des dentistes en cabinet libéral, mais elle

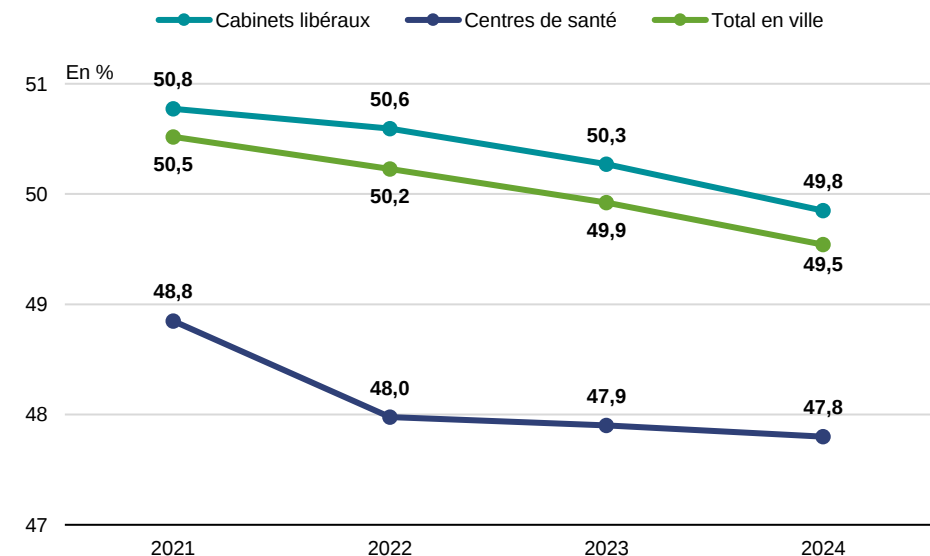
diminue depuis une dizaine d'années. En 2024, la part des dépassements diminue de nouveau (-0,4 point) pour s'établir à 49,5 % de la dépense (graphique 4).

Graphique 3 Taux de reste à charge des ménages pour les soins dentaires en cabinet libéral



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Part des dépassements dans les honoraires dentaires



Note > Le taux de dépassement correspond aux montants de liberté tarifaire permise sur les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursable, rapportés aux honoraires dentaires (encadré 1).

Source > DREES, comptes de la santé.

Le panier 100 % santé est majoritaire au sein des centres de santé

Le dispositif du 100 % santé vise à réduire le renoncement aux soins grâce à la baisse des restes à charge des patients. Mise en place progressivement, à compter de janvier 2019, cette offre est accessible aux personnes ayant souscrit un contrat de complémentaire santé responsable ou bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (C2S). Ont alors 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.

En 2024, le total des prothèses dentaires, y compris en centres de santé, s'élève à 6,4 millions d'euros. Le panier 100% santé représente 47 % de cette part (tableau 4). Si la structure reste stable en 2024, le taux d'évolution des dépenses de prothèses ralentit pour tous les postes.

La répartition des dépenses de prothèses dentaires est différente entre les centres de santé et les cabinets libéraux (graphique 5). Dans les centres de santé, le 100 % santé représente une part plus élevée des dépenses de prothèses que dans les cabinets libéraux (55 % contre 45 %) ; à l'inverse, les cabinets libéraux ont une dépense de soins en tarif libre supérieure à celle des centres de santé.

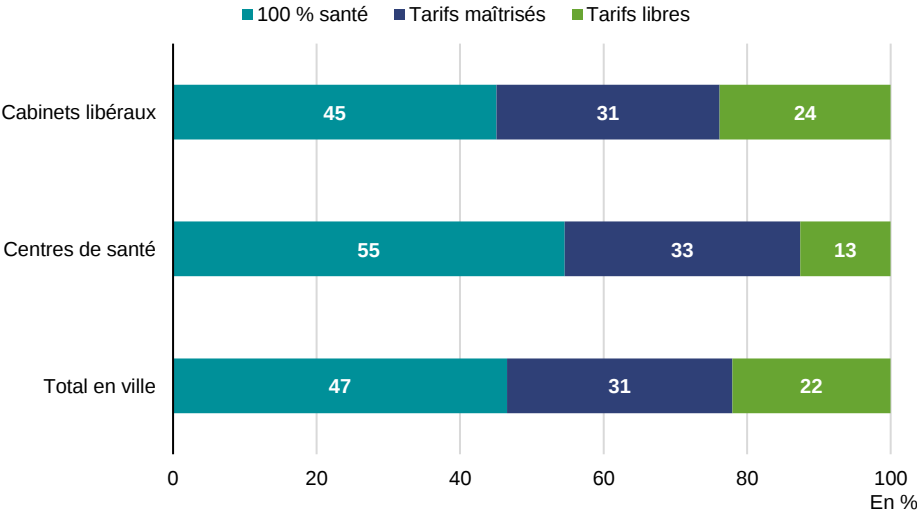
Tableau 4 Dépenses des prothèses dentaires par panier du 100 % santé

En millions d'euros

	2022	2023	2024	Structure 2024 (en %)	Évolution 2023 (en %)	Évolution 2024 (en %)
Total	6 393	6 522	6 543	100,0	+2,0	+0,3
100 % santé	3 003	3 043	3 046	46,5	+1,3	+0,1
Tarifs maîtrisés	1 978	2 026	2 054	31,4	+2,4	+1,4
Tarifs libres	1 411	1 453	1 444	22,1	+3,0	-0,6

Note > Les prothèses dentaires fournies par les médecins spécialistes sont exclues.
Lecture > En 2024, la consommation de soins de prothèses dentaires en ville s'élève à 6,5 milliards d'euros, dont 3,0 milliards d'euros pour le panier 100 % santé. Elle progresse de 0,3 % en valeur.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Répartition de la dépense totale de prothèses dentaires, par panier et lieu d'exécution, en 2024



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 (69 %) [tableau 6], suivis par la Sécurité sociale (20 %) et les ménages (12 %).

Les organismes complémentaires prennent en charge la majorité de la dépense de prothèses dentaires du panier 100 % santé (77 % en 2024). Ce financement est complété par la Sécurité sociale

(23 %), les ménages assurant une part nulle de cette dépense (0 %).

Sur le panier aux tarifs maîtrisés, le reste à charge des ménages est plus important et s'établit à 29 % en 2024, supérieur à celui du panier à tarif libre (12 %). Les patients consommant des prothèses dentaires du panier à tarif libre bénéficieraient d'une plus grande prise en charge de leur dépense par leur organisme complémentaire, en comparaison avec le panier aux tarifs maîtrisés. ■

Tableau 6 Répartition de la consommation de prothèses dentaires en ville par panier et financeur, en 2024

	Total prothèses dentaires		Panier 100 % santé		Panier tarifs maîtrisés		Panier tarifs libres	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	1 280	19,6	694	22,8	410	20,0	176	12,2
État	2	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0
Organismes complémentaires	4 495	68,7	2 351	77,2	1 042	50,7	1 097	76,0
Ménages	766	11,7	0	0,0	601	29,3	170	11,8
Ensemble	6 543	100,0	3 046	100,0	2 054	100,0	1 444	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 Tarification des soins dentaires

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 organismes complémentaires. Les dépassements ne sont pas autorisés sur ces types de soins ;
- > les soins d'orthodontie commencés avant le 16^e anniversaire du patient et les soins prothétiques 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, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires totalement libres. Ces actes ne sont ni inscrits dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), ni remboursés par l'AMO. Ils sont cependant partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires.

Cette dernière catégorie de soins non remboursables se développe. Ils sont très mal mesurés par la statistique publique, en raison de leur non-inscription dans la CCAM. En conséquence, leur estimation dans les comptes de la santé est fragile.

La consommation de soins courants en centre de santé s'établit à 3,8 milliards d'euros en 2024, soit 1,5 % de la consommation des soins et de biens médicaux (CSBM). Elle demeure très dynamique en 2024, (+6,4 % en valeur), après trois années de croissance forte (+13,6 % de croissance annuelle moyenne entre 2021 et 2023), portées par une augmentation de l'offre de soins en centre de santé : en 2024, la France compte 900 centres de santé de plus qu'en 2020. Les soins effectués en centre de santé sont principalement des soins dentaires, d'ophtalmologie et d'orthoptie. En 2024, les organismes complémentaires financent 28,3 % des soins en centre de santé, une part supérieure à celle de la CSBM. 10,3 % des dépenses en centre de santé sont financées directement par les ménages ; cette part est inférieure à celle des soins en cabinet libéral (13,8 % en 2024).

Les soins en centre de santé représentent 3 826 millions d'euros en 2024

La consommation de soins courants en centre de santé s'élève en 2024 à 3 842 millions d'euros, soit 1,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [tableau 1]. Entre 2014 et 2024, elle a augmenté de 152 %, soit une croissance bien supérieure à celle la CSBM dans son ensemble, qui a augmenté de 47 % sur la même période, et que celle des soins ambulatoires (+38 %).

Depuis 2010, la croissance des soins dispensés en centre de santé a connu plusieurs périodes (graphique 1) : de 2010 à 2014, une croissance de 5,5 % par an en moyenne ; de 2015 à 2019, une croissance plus soutenue, d'en moyenne 9,6 % par an ; un net ralentissement de la croissance en 2020 (+1,9 %) ; et un nouvel élan depuis 2021 (13,9 % de taux de croissance en moyenne entre 2021 et 2023). En 2024, les dépenses de soins en centre de santé demeurent soutenues (+6,2 %) ; elles sont portées par les volumes (+6,2 %) et les prix (+4,2 %), qui augmentent plus que l'inflation totale (+2,0 %).

Depuis 2010, la croissance des dépenses en centre de santé est portée essentiellement par le volume

de soins fournis : les prix des soins ont augmenté entre 2010 et 2024 d'en moyenne 1,1 % par an, tandis que le volume de soins consommés a augmenté d'en moyenne 7,1 % par an.

En 2024, les praticiens exerçant en centre de santé ont facturé 3 469 millions d'euros d'honoraires et l'Assurance maladie a pris en charge 246 millions d'euros de leurs cotisations sociales, en raison de leur conventionnement en secteur 1. Ainsi, la prise en charge des cotisations représente 7,1 % de la dépense de soins courants en centre de santé, contre 3,4 % en cabinet libéral.

En 2024, les ouvertures annuelles de centres de santé diminuent de 30 %

Sur la période 2016-2024, le nombre de centres de santé a augmenté fortement (Assurance maladie, 2025). Ainsi, l'Assurance maladie compte 2 900 centres de santé en France en 2024, contre près de la moitié en 2016. Cette augmentation du nombre de centres de santé s'est particulièrement concentrée sur la période 2020-2022. En 2023, le nombre d'ouvertures annuelles de centres de santé a ensuite fortement diminué (-15 % en 2023, -30 % en 2024)².

Tableau 1 Consommation de soins courants en centre de santé

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Soins courants (en millions d'euros)	1 522	2 453	2 911	3 249	3 616	3 842
Honoraires	1 394	2 204	2 618	2 897	3 228	3 469
Contrats et assimilés	16	92	110	145	174	127
Prise en charge des cotisations	112	157	182	206	214	246
Évolution (en %)	5,4	1,9	18,7	11,6	11,3	6,2
dont volume (en %)	4,9	-0,9	16,6	10,5	10,4	4,2
dont prix (en %)	0,5	2,9	2,0	1,1	0,9	2,1

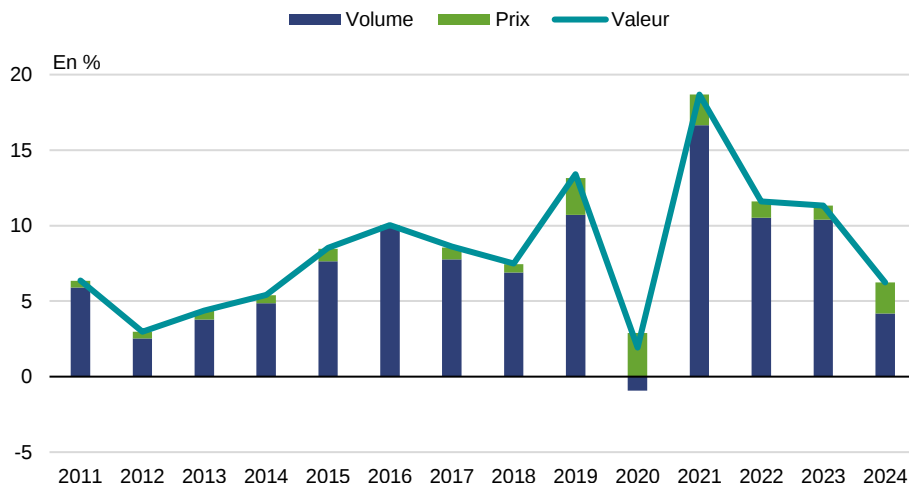
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

¹ En accord avec les recommandations statistiques internationales, les centres de santé incluent les centres de protection maternelle et infantile (PMI), dont les dépenses de soins courants sont estimées à environ 30 millions d'euros en 2024. L'essentiel des dépenses des

centres de PMI est comptabilisé comme des dépenses de prévention (fiche 23).

² La baisse des ouvertures de centres de santé peut sans doute être rapprochée des débats et de l'adoption de la loi du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, dite loi Khattabi.

Graphique 1 Partage volume-prix de l'évolution de la consommation des soins en centre de santé



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

Entre 2021 et 2024, le nombre de rencontres entre des patients et des praticiens en centre de santé a augmenté de 26,3 %. Il ralentit en 2024 : +4,2 %, après +11,5 % en 2023 et +8,8 % en 2022.

Les soins effectués en centre de santé sont principalement des soins dentaires, d'ophtalmologie et d'orthoptie

Les soins dispensés en centre de santé représentent 6,3 % du total des soins ambulatoires (tableau 2) hors activités techniques et auxiliaires (imagerie et biologie médicale, transports sanitaires). Les soins courants dispensés en ville sont majoritairement dispensés en cabinet libéral. Cependant, certains praticiens ont beaucoup plus recours à l'exercice en centre de santé que d'autres. Ainsi, les soins dentaires en ville sont dispensés à 15,8 % en centre de santé. De même, les soins d'orthoptistes sont fournis à 22,1 % en centre de santé, et les soins de médecins spécialistes de spécialités « médico-chirurgicales » à 8,3 %, portés par les ophtalmologues. Les autres praticiens ne dispensent qu'assez peu leurs soins en centre de santé : 4,0 % des soins de médecins spécialistes dans leur ensemble y sont dispensés, 1,4 % des soins d'auxiliaires médicaux, et 3,8 % des soins de sages-femmes. Les soins de médecins généralistes sont relativement plus dispensés en centre de santé que ceux des autres praticiens : 5,1 % des soins dispensés par des médecins généralistes sont effectués en centre de santé. Ainsi, la structure des soins ambulatoires varie considérablement selon le lieu d'exécution : 64,4 % des

soins effectués en centre de santé sont des soins dentaires, tandis qu'en cabinet libéral, les soins dentaires ne représentent que 23,2 % du total des soins. Les soins de spécialités « médico-chirurgicales » représentent 8,1 % des soins en centre de santé et 6,0 % des soins en cabinet libéral, tandis que les soins d'orthoptistes représentent 2,4 % des soins en centre de santé et 0,6 % des soins en cabinet libéral. Les auxiliaires médicaux représentent une faible part des soins en centre de santé (7,7 %) qui est bien plus importante en cabinet libéral (36,9 %), tout comme les médecins spécialistes pris dans leur ensemble (12,2 % contre 19,9 %). La part des soins de médecins généralistes en centre de santé et en cabinet libéral est relativement proche (14,9 % et 18,8 %).

Les ménages financent directement 10,4 % des soins en centre de santé en 2024

En 2024, les soins dispensés en centre de santé sont financés à 60,5 % par la Sécurité sociale (tableau 3), tandis qu'ils sont pris en charge à 63,6 % par la Sécurité sociale en cabinet libéral.

En revanche, en centre de santé, les organismes complémentaires participent au financement de 28,3 % des soins, contre 22,4 % en cabinet libéral. Ainsi, le reste à charge des ménages est significativement inférieur en centre de santé qu'en cabinet libéral : 10,3 % contre 13,8 %. ■

Tableau 2 Soins ambulatoires par praticien et par lieu d'exécution en 2024

	Niveaux (en millions d'euros)			Part en centre de santé (en %)	Structure (en %)		
	Cabinets libéraux	Centres de santé	Total en ville		Cabinets libéraux	Centres de santé	Total en ville
Médecins généralistes	10 709	574	11 283	5,1	18,8	14,9	18,6
Médecins spécialistes	11 359	470	11 830	4,0	19,9	12,2	19,5
dont spécialités de « médecine »	5 064	143	5 207	2,8	8,9	3,7	8,6
dont spécialités de « chirurgie »	1 261	18	1 279	1,4	2,2	0,5	2,1
dont spécialités de « plateaux techniques »	1 476	0	1 476	0,0	2,6	0,0	2,4
dont spécialités « médico-chirurgicales »	3 433	309	3 743	8,3	6,0	8,1	6,2
dont spécialités non classées ailleurs	125	0	125	0,0	0,2	0,0	0,2
Sages-femmes	655	26	681	3,8	1,1	0,7	1,1
Auxiliaires médicaux	21 031	297	21 329	1,4	36,9	7,7	35,1
dont infirmières	9 439	193	9 631	2,0	16,6	5,0	15,8
dont kinésithérapeutes	7 598	8	7 606	0,1	13,3	0,2	12,5
dont orthophonistes	1 323	2	1 325	0,1	2,3	0,0	2,2
dont orthoptistes	332	94	426	22,1	0,6	2,4	0,7
dont pédicures-podologues	273	1	274	0,3	0,5	0,0	0,5
dont psychologues	1 355	0	1 356	0,0	2,4	0,0	2,2
dont ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens	710	-	710	0,0	1,2	0,0	1,2
Dentistes	13 205	2 475	15 679	15,8	23,2	64,4	25,8
Ensemble	56 960	3 842	60 802	6,3	100,0	100,0	100,0

Note > Les activités techniques et auxiliaires sont hors champ de ce tableau.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de praticiens par financeur et lieu d'exécution en 2024

	Centres de santé		Cabinets libéraux		Total en ville	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	2 326	60,5	36 200	63,6	38 526	63,4
État	35	0,9	132	0,2	167	0,3
Organismes complémentaires	1 086	28,3	12 747	22,4	13 833	22,8
Ménages	395	10,3	7 880	13,8	8 276	13,6
Ensemble	3 842	100,0	56 960	100,0	60 802	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Assurance maladie (2025, juillet). Charges et produits pour l'année 2026. Rapport.

La consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires de biologie médicale s'élève à 4,7 milliards d'euros, en baisse de 0,7 % par rapport à 2023 sous l'effet d'importantes mesures de prix. En 2024, les ménages financent directement 5,0 % de ces dépenses, un niveau historiquement haut en raison du doublement des participations forfaitaires en milieu d'année. Les dépenses de tests PCR ne dépassent plus 0,1 milliard d'euros, après leur pic en 2021 lors de l'épidémie de Covid-19.

L'activité des laboratoires de biologie médicale de ville baisse en 2024

Les dépenses d'analyses et de prélèvements en laboratoires de biologie médicale reculent en 2024 par rapport à 2023 (-0,7 % en valeur), s'établissant à 4,7 milliards d'euros (tableau 1).

Les chiffres présentés dans cette fiche portent sur les laboratoires de ville, qui représenterait deux tiers de l'activité d'analyses biologiques en 2024 (Roland Berger, 2024). L'activité des laboratoires hospitaliers (analyses biologiques au cours de séjours, ou en actes et consultations externes pour les établissements publics) est classée dans les soins hospitaliers par les comptes de la santé.

Les actes d'analyses et de prélèvements représentent la quasi-totalité des dépenses de laboratoires de ville, les contrats (3 millions d'euros d'aides à la télétransmission et à la scannérisation versés par l'Assurance maladie obligatoire en 2024) et la prise en charge des cotisations sociales (5 millions d'euros) sont, quant à eux, minoritaires¹.

La baisse de la consommation d'analyses et de prélèvements en 2024 s'explique principalement par d'importantes baisses de tarifs de l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre de protocoles pluriannuels prix-volume : l'effet prix² est de -8,1 % en 2024, *a contrario* d'une progression très soutenue des dépenses en volume (+8,0 %). Deux mesures tarifaires ont eu lieu cette année, en janvier (baisse du tarif de la lettre clé B) puis en septembre sur certains actes.

Fin 2024, l'assurance maladie obligatoire a acté un maintien des tarifs sur 2025 et 2026 (accord du 20 décembre). L'effet prix devrait ainsi se stabiliser, dans un contexte où depuis la fin de l'épidémie de Covid-19, la baisse des prix (-11,3 % en 2022, puis -7,4 % en 2023) et la croissance en volume (+10,8 % en 2022, puis +11,7 % en 2023) caractérisaient l'activité du secteur.

Sur la période 2014-2024, les dépenses ont progressé de 1,0 % par an en moyenne en valeur, un rythme de croissance plus faible que celui des autres secteurs de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ce taux de croissance est la résultante d'une baisse de 4,7 % par an des prix et d'une hausse de 6,1 % par an en volume.

Tableau 1 Consommation d'analyses et de prélèvements de laboratoires de biologie médicale, hors tests de dépistage du Covid-19

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Actes des laboratoires de biologie médicale, hors tests antigéniques et PCR (en millions d'euros)	4 189	4 377	4 619	4 546	4 710	4 675
Analyses et prélèvements	4 181	4 372	4 611	4 538	4 701	4 667
Contrats et prise en charge des cotisations	9	6	8	9	9	8
Évolution (en %)						
dont volume (en %)	0,7	-0,6	17,7	10,8	11,7	8,0
dont prix (en %)	-1,6	-0,6	-9,8	-11,3	-7,4	-8,1
Dépenses de prévention ¹		1 890	5 303	3 278	268	74

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.

¹ Depuis l'édition 2022, pour se conformer aux normes statistiques internationales, la consommation d'analyses et de prélèvements de laboratoires de biologie médicale exclut les dépenses liées à la réalisation de tests PCR, classées en dépenses de prévention.

² Dans cette édition, la série de l'effet prix de l'activité des laboratoires de biologie médicale est révisée par rapport aux précédentes éditions (voir annexe 3 sur les révisions).

Le nombre de sites de prélèvements dépasse le pic de 2013, la concentration du secteur continue

En baisse de 2013 à 2017, le nombre de sites de laboratoires de ville augmente depuis 2018 (*graphique 1*) et plus particulièrement depuis 2021. En 2024, le secteur compte ainsi 4 300 implantations géographiques sur le territoire national, un chiffre supérieur au pic historique de 2013 (4 100). Ce réseau est contrôlé par un peu moins de 300 entités juridiques en 2024, six grands groupes de biologie privés concentrent à eux seuls plus de deux tiers des sites.

Cette situation résulte d'un mouvement historique de concentration et de financiarisation du secteur (Igas-IGF, 2025), à la suite, notamment, de la loi « Murcef¹ » en 2001 puis à la réforme « Ballereau » de 2010² qui a levé l'obligation pour les laboratoires d'être implantés sur un seul et même site. Aujourd'hui, la majorité du secteur fonctionne avec de grands plateaux techniques réalisant des analyses pour plusieurs sites de prélèvement.

Le doublement des participations forfaitaires en 2024 a diminué de 2 points la part financée par la Sécurité sociale

En 2024, la Sécurité sociale prend en charge 69,5 % des dépenses d'analyses et de prélèvements en laboratoires de biologie médicale (*tableau 2*). Cette part baisse de 2,2 points par rapport à 2023 (71,7 %) en

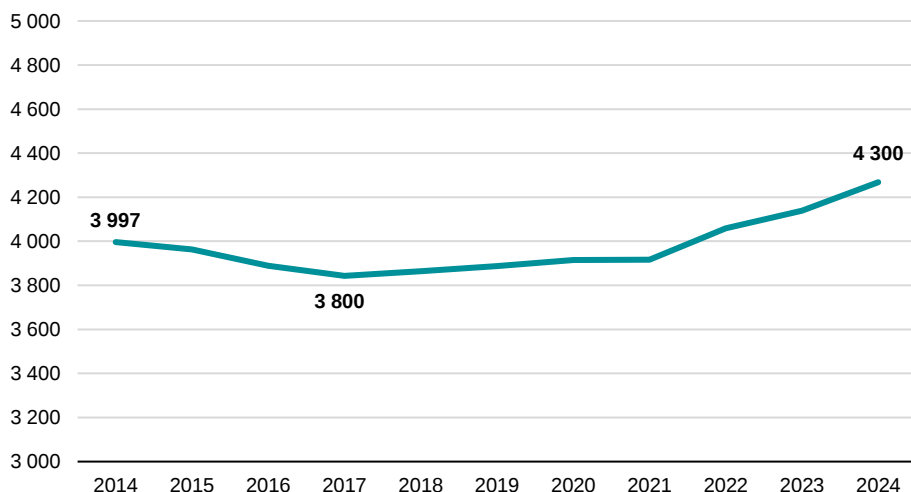
raison du doublement des participations forfaitaires (PF) à partir du 15 mai 2024 : même si le plafond annuel de ces participations est resté inchangé (50 euros), leur valeur unitaire a augmenté de 1 à 2 euros. Le montant total des PF est passé de 280 millions d'euros en 2023 à 410 millions d'euros en 2024.

En conséquence, le taux de reste à charge des ménages augmente significativement, passant à 5,0 % en 2024, contre 3,7 % en 2023. Il reste toutefois nettement inférieur au taux de reste à charge sur les soins ambulatoires (11,7 %), principalement parce que la prise en charge des organismes complémentaires est élevée (24,9 % des dépenses, contre 20,5 % pour l'ensemble des soins ambulatoires).

Le poids élevé des organismes complémentaires s'explique principalement par l'absence de dépassements. Il s'explique aussi par le poids important du ticket modérateur (40 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale³), pris en charge par les organismes complémentaires. Ces 40 % de ticket modérateur prévus par la réglementation représentent 1,9 milliard d'euros en 2024, dont 0,9 milliard est financé par la Sécurité sociale en raison des différentes exonérations prévues (affections longue durée, maternité, etc.) et 1,0 milliard par les organismes complémentaires.

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

Graphique 1 Nombre de sites de laboratoires de ville entre 2014 et 2024



Source > CNAM ; calculs DREES.

¹ Loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier.

² Portée notamment par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

³ Le taux de remboursement par la Sécurité sociale des analyses biologiques et des prélèvements est fixé à 60 % par la réglementation, à quelques exceptions près.

Les dépenses de tests du Covid-19 sont inférieures à 0,1 milliard d'euros en 2024

Les dépenses des tests PCR et antigéniques du Covid-19¹ en laboratoires s'élèvent, en 2024, à 74 millions d'euros (tableau 2). Ces dépenses, qui ont représenté plus de la moitié de l'activité des

laboratoires de ville en 2021 lors de l'épidémie de Covid-19, deviennent ainsi très minoritaires.

La Sécurité sociale a pris en charge 88 % de la dépense liée aux tests PCR et les ménages les 12 % restants. Ces parts étaient respectivement de 94 % et de 6 % en 2023. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de laboratoires de biologie médicale par financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	3 249	69,5
État	25	0,5
Organismes complémentaires	1 165	24,9
Ménages	236	5,0
Ensemble	4 675	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Académie nationale de pharmacie, Académie nationale de médecine (2022, octobre). *La biologie médicale en France, évolutions et enjeux*.
- > Assurance maladie (2022, juillet). La biologie médicale de ville : un secteur en mutation appelant un cadre de régulation rénové. Dans *Rapport Charges et produits – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023*.
- > Commission des comptes de la Sécurité sociale (2025, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025*.
- > Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales (2025, mai). Fiche sectorielle n° 2 – Laboratoires de biologie médicale. Dans *Causes et effets de la financiarisation du système de santé*.
- > Lelarge, C. (2025, mai). *Prévalence des groupes et concentration de l'activité dans les secteurs de la biologie et de l'imagerie médicales : Mesure et enjeux*. Hal-05086648.
- > Roland Berger (2024, septembre). *Étude du secteur des laboratoires de biologie médicale libérale français*.

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.

L'activité des centres d'imagerie médicale de ville représente 5,5 milliards d'euros en 2024, en forte augmentation depuis la fin de la crise sanitaire. La Sécurité sociale finance 79 % de ces dépenses, notamment au travers des « forfaits techniques » qui rémunèrent l'investissement en équipements lourds, intégralement pris en charge par l'assurance maladie. La part financée par les organismes complémentaires et les ménages augmente, principalement du fait de la hausse des dépassements d'honoraires des radiologues qui progressent fortement depuis 2021.

L'activité des centres d'imagerie médicale de ville augmente fortement depuis 2021

L'imagerie médicale répond principalement à un besoin diagnostique, mais aussi thérapeutique dans certains cas. Elle regroupe plusieurs techniques :

- La radiologie conventionnelle ;
- L'échographie ;
- La scanographie ;
- L'imagerie par résonance magnétique (IRM) ;
- La scintigraphie et la tomographie par émission de positons (TEP), qui relèvent de la médecine nucléaire.

Dans cette édition, les comptes de la santé classent l'imagerie médicale dans les activités techniques et auxiliaires¹, au même titre que les analyses en laboratoires et les transports sanitaires et conformément aux recommandations internationales du *System of Health Accounts*. Cette fiche ne porte que sur l'activité des radiologues et des médecins nucléaires en centre d'imagerie de ville² ; l'activité d'imagerie médicale réalisée par d'autres professionnels de santé libéraux représente 2,7 milliards d'euros en 2024 (tableau 1) : elle est principalement réalisée par les cardiologues,

les gynécologues, les dentistes et les sages-femmes. L'activité d'imagerie médicale des établissements de soins (au cours de séjours, ou en actes et consultations externes) est classée dans les soins hospitaliers par les comptes de la santé.

Les dépenses des centres d'imagerie médicale augmentent nettement en 2024 par rapport à 2023 (+7,0 % en valeur), s'établissant à 5,5 milliards d'euros (tableau 1). La progression des dépenses en volume est soutenue (+8,1 %), tandis que les prix baissent (-1,0 %) malgré la revalorisation des forfaits techniques en mars 2024 pour intégrer le coût des produits de contraste. Cette évolution suit la forte dynamique observée depuis 2021 et la fin de la crise due au Covid-19. Les dépenses augmentent de 6,5 % en moyenne par année entre 2021 et 2024, l'un des rythmes de progression parmi les plus soutenus de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Au cours de la période 2014-2024, les dépenses ont progressé de 2,9 % par an en moyenne en valeur, avec une croissance régulière en volume. La demande en imagerie médicale est notamment portée par le vieillissement de la population.

Tableau 1 Consommation d'imagerie médicale en centre de ville

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Activité des centres d'imagerie médicale (en millions d'euros)	4 119	4 052	4 544	4 771	5 125	5 485
Honoraires des radiologues et médecins nucléaires	2 678	2 744	3 017	3 121	3 331	3 510
Forfaits techniques	1 440	1 308	1 336	1 438	1 585	1 785
Contrats et assimilés	nd	nd	25	31	40	23
Prise en charge des cotisations	nd	nd	165	181	169	167
Évolution (en %)	10,6	-8,9	12,1	5,0	7,4	7,0
dont volume (en %)	10,4	-9,0	12,4	4,6	6,5	8,1
dont prix (en %)	0,2	0,1	-0,2	0,4	0,8	-1,0
Imagerie médicale réalisée par d'autres professionnels de ville	nd	nd	2 530	2 628	2 831	2 676

nd : non disponible.

Note > En 2014 et 2020, les montants de contrats et assimilés et ceux de prises en charge de cotisations sont répartis dans les forfaits techniques et les honoraires.

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

¹ Les dépenses étaient précédemment réparties sur deux fiches : celle des établissements privés pour les versements aux structures (forfaits techniques, etc.) et celle des médecins spécialistes libéraux pour les honoraires des radiologues et des médecins nucléaires.

² Les centres d'imagerie sont ici définis comme les établissements privés sans hébergement réalisant l'ensemble de leur activité en imagerie médicale.

Les honoraires représentent deux tiers des dépenses d'imagerie

Les dépenses se répartissent en deux principaux blocs :

- Les honoraires des radiologues et des médecins nucléaires, pour environ deux tiers des dépenses (3,5 milliards d'euros en 2024). Les tarifs sont négociés avec la Sécurité sociale et suivent la classification commune des actes médicaux (CCAM). Certains radiologues sont associés à de multiples sites ou facturent des interprétations à distance via la télé-radiologie ;
- Les forfaits techniques, pour environ un tiers des dépenses (1,8 milliard d'euros en 2024). Ils valorisent l'investissement en équipements lourds des entités. Intégralement financés par la Sécurité sociale, ils sont versés à l'entité qui possède les équipements et non aux médecins qui réalisent les actes.

La prise en charge des cotisations sociales des radiologues et des médecins nucléaires (167 millions d'euros en 2024) a un poids plus limité, comme les contrats (23 millions d'euros) qui peuvent être des forfaits pour gardes et astreintes, des aides à l'installation ou encore des aides aux structures de proximité.

La concentration du secteur en réseaux reste limitée

Le nombre de centres d'imagerie de ville augmente régulièrement. Il s'élevait à 860 en 2014, et à 1 070 en 2024, soit une augmentation de 25 % sur dix ans

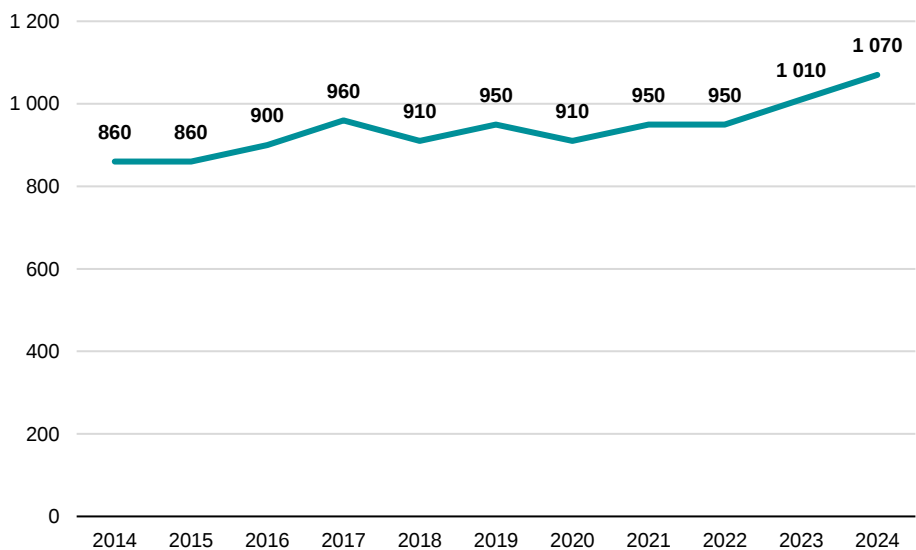
(graphique 1). En 2024, le nombre d'équipements lourds s'élève à 1 300 IRM et 1 400 scanners (Igas-IGF, 2025). L'installation d'équipements lourds est soumise à l'autorisation des agences régionales de santé (ARS), mais ce n'est pas le cas pour les équipements d'imagerie conventionnelle.

L'imagerie médicale connaît un mouvement de concentration, qui reste toutefois beaucoup plus modéré que pour les laboratoires d'analyses ou les cliniques. Le nombre de praticiens exerçant au sein d'un réseau tend à progresser au détriment des petites structures indépendantes (Igas-IGF, 2025).

Entre 2014 et 2024, le nombre de manipulateurs d'électroradiologie médicale a progressé de 10 %, passant de 29 000 à 32 000. Des tensions sont constatées en 2024 sur le recrutement de ces auxiliaires médicaux. Le nombre de radiologues et des médecins nucléaires a augmenté de 13 % dans le même intervalle, passant de 9 100 en 2014 à 10 200 en 2024.

L'imagerie est l'un des domaines médicaux dans lesquels l'intelligence artificielle pourrait se déployer dans les années à venir et apporter des gains de productivité (Catel, 2025), notamment parce que l'analyse de ce type de données s'y prête particulièrement. Par ailleurs, la possibilité d'analyser les images à distance se traduit par le développement d'une offre de téléradiologie par des sociétés privées et par le déploiement progressif de plateaux d'imagerie médicale mutualisés.

Graphique 1 Nombre de centres d'imagerie médicale en activité entre 2014 et 2024



Source > SNDS ; calculs DREES.

Les dépassements d'honoraires ont augmenté de 64 % depuis trois ans

En 2024, les dépassements d'honoraires sur l'imagerie médicale s'élèvent à 509 millions d'euros, en forte hausse de 64 % par rapport à 2021. Ils représentent désormais 14,5 % du montant global d'honoraires des radiologues et médecins nucléaires. En 2024, leur nette progression (+18 % par rapport à 2023) explique l'augmentation de la part financée par les ménages ou les organismes complémentaires (+1 point), qui passe de 19,5 % en 2023 à 20,5 % en 2024 (tableau 2).

Malgré cette augmentation, la part financée par les ménages ou les organismes complémentaires reste inférieure de 12 points au taux moyen sur les soins ambulatoires (32 %), principalement en raison du poids des forfaits techniques sur lesquels le reste à charge est nul.

Le financement des ménages est principalement composé de tickets modérateurs, mais aussi de dépassements d'honoraires et, plus minoritairement, de participations forfaitaires (PF). Le doublement des PF en mai 2024 a eu un effet modéré sur le reste à charge. Le montant total de PF a augmenté de 55 %, de 47 millions d'euros en 2023 à 73 millions d'euros en 2024.

La part financée par la Sécurité sociale baisse de 1 point par rapport à 2023, s'établissant à 79,1 % des dépenses en 2024. Les dépenses de la Sécurité sociale (4,3 milliards d'euros) sont composées de l'intégralité des forfaits techniques, d'une partie des honoraires, des contrats et assimilés et des prises en charge de cotisations sociales. Concernant les honoraires, le taux de remboursement légal est de 70 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, mais le taux effectif est plus élevé (79 %) en raison des exonérations de ticket modérateur liées, notamment, aux affections de longue durée (ALD). La Sécurité sociale ne finance pas les dépassements d'honoraires.

La prise en charge par l'État représente 0,3 % de la dépense (aide médicale de l'État et prise en charge des dépenses des invalides de guerre).

Les dépenses d'imagerie dans le cadre des programmes de dépistage

Enfin, la CSBM exclut les examens réalisés au titre de la prévention. L'imagerie réalisée au titre du dépistage précoce de maladies, comme les dépistages organisés de certains cancers, ne sont donc pas inclus dans cette fiche. Il s'agit notamment de mammographies pour le cancer du sein. L'ensemble des dépenses de dépistage précoce des maladies, hors Covid-19, s'élève à 463 millions d'euros en 2024 (fiche 23). ■

Tableau 2 Répartition des dépenses d'imagerie médicale en centre de ville par financeur, en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	4 340	79,1
État	19	0,3
Organismes complémentaires et ménages	1 126	20,5
Ensemble	5 485	100,0

Note > Les organismes complémentaires et les ménages sont globalisés en une catégorie unique, en raison d'un manque de précision sur la répartition des dépenses entre ces deux financeurs.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Catel** (2025, juillet). *Le déploiement de l'IA en imagerie médicale, de la promesse à la pratique*. Livre blanc, première partie.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2021, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2020, prévisions 2021*. Fiche éclairage n° 6, Les radiologues libéraux.
- > **Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales** (2025, mai). Fiche sectorielle n° 3 – imagerie médicale. Dans *Causes et effets de la financiarisation du système de santé*.
- > **Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales** (2025, mai). *Pertinence et efficience des dépenses de radiologie*.
- > **Lelarge, C.** (2025, mai). *Prévalence des groupes et concentration de l'activité dans les secteurs de la biologie et de l'imagerie médicales : Mesure et enjeux*. Hal-05086648.
- > **System of Health Accounts (SHA)**. Plus d'informations sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

La consommation de transports sanitaires de ville s'élève à 6,9 milliards d'euros en 2024, en hausse modérée de 2,3 % après trois années de forte croissance. Les dépenses se sont repliées en volume (-1,3 %) et elles augmentent grâce aux prix (+3,6 %). Depuis dix ans, la part des taxis conventionnés a progressé de 10 points au détriment des ambulances et des véhicules sanitaires légers. Les dépenses de transports sanitaires sont prises en charge par l'Assurance maladie à 93 %, notamment du fait du profil des patients, en général en affection de longue durée.

La consommation de transports sanitaires progresse modérément en 2024

En 2024, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,9 milliards d'euros en valeur, en hausse de 2,3 % sur un an (*tableau 1*), un rythme inférieur à celui du PIB (+3,3 %). Cette évolution marque un ralentissement par rapport aux dernières années : depuis 2021, la consommation de transports sanitaires augmentait fortement (+17,3 % en 2021, +7,6 % en 2022, +10,4 % en 2023), après s'être repliée en 2020 (-6,3 %) au début de l'épidémie du Covid-19 (*graphique 1*). En 2024, on revient à un rythme d'évolution comparable à celui des années 2010 (+3,6 % par an entre 2010 et 2019 en moyenne).

En 2024, l'effet prix porte l'augmentation des dépenses (+3,6 %), principalement du fait de la revalorisation des tarifs des transporteurs privés en novembre 2023. Les prix des transports sanitaires augmentent en 2024 davantage que l'inflation totale (+2,0 %). En volume, le repli observé (-1,3 %) marque une rupture de tendance par rapport aux fortes hausses des années précédentes.

Entre 2014 et 2024, les dépenses de transports sanitaires ont progressé de 4,4 % par an en moyenne, soutenues par une croissance en volume (+3,0 % par an) plus que par les prix (+1,3 % par an). La croissance en volume est notamment portée par le vieillissement de la population, qui accroît le besoin

de transports sanitaires. Elle l'est aussi par un effet de structure : même si la part des trajets en ambulances diminue, celle des taxis conventionnés progresse au détriment des véhicules sanitaires légers (VSL), dont le prix unitaire est moins élevé pour les trajets assis.

La diminution de la part des ambulances est tendancielle, mais a été accentuée par la sortie des transports interhospitaliers du champ des transports sanitaires de ville en octobre 2018, quand leur coût a été transféré aux établissements prescripteurs. Ce changement a basculé une partie des dépenses des transports sanitaires en ville vers les coûts de fonctionnement des hôpitaux. Sans cette modification, elles progresseraient encore davantage¹.

Cette fiche porte sur les transports sanitaires réalisés en ville, c'est-à-dire par des transporteurs privés, des taxis conventionnés ou les patients eux-mêmes si les frais engagés font l'objet d'un remboursement. Cela exclut l'activité de transport sanitaire de deux principaux acteurs :

- Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) qui, en tant que services hospitaliers, sont comptabilisées par les comptes de santé dans les soins hospitaliers publics ;
- Les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), dont seules les indemnités pour garde ambulancière sont comptées.

Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble (en millions d'euros)	4 468	4 815	5 650	6 081	6 711	6 863
Transports sanitaires	4 270	4 481	5 457	5 691	5 939	6 217
Contrats et indemnités	198	333	193	390	773	646
Évolution (en %)	2,9	-6,1	17,3	7,6	10,4	2,3
dont volume (en %)	2,1	-6,6	13,4	5,4	7,5	-1,3
dont prix (en %)	0,8	0,5	3,4	2,1	2,6	3,6

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

¹ En particulier, elle est la principale explication de la baisse des dépenses en 2019 par rapport à 2018 (-0,7 %). La commission des comptes de la Sécurité sociale a évalué l'effet de ce changement (rapport de juillet

2022). Corrigé du transfert, le taux d'évolution aurait été de +4,0 % par an en moyenne entre 2015 et 2019 (financements du Régime général d'assurance maladie).

Les taxis conventionnés représentent désormais la moitié des dépenses

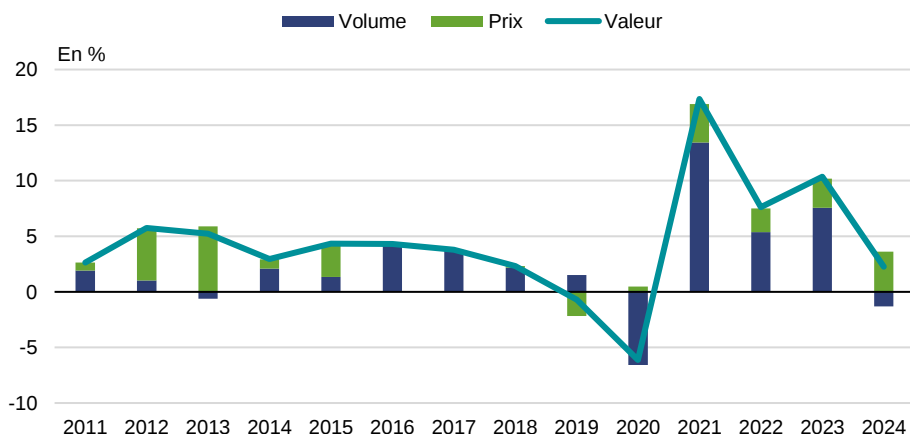
La diversité des types de transports sanitaires (ambulances, VSL, taxis conventionnés, véhicules personnels et transports en commun) permet d'adapter le mode de déplacement à l'état des patients, selon qu'ils puissent être assis ou doivent être allongés, et selon leur besoin de surveillance médicale.

En 2024, les taxis conventionnés représentent 49 % des dépenses (graphique 2). Leur part a progressé de 10 points par rapport à 2014, au détriment des ambulances et des VSL. Les ambulances représentent désormais 31 % des dépenses (39 % en 2014)

et les VSL 16 % (18 % en 2014). Le recours aux autres modes de transport (transports en commun, véhicules personnels) s'était érodé pendant les années 2010 mais progresse nettement depuis 2020 (4 % des dépenses contre 2 % en 2020).

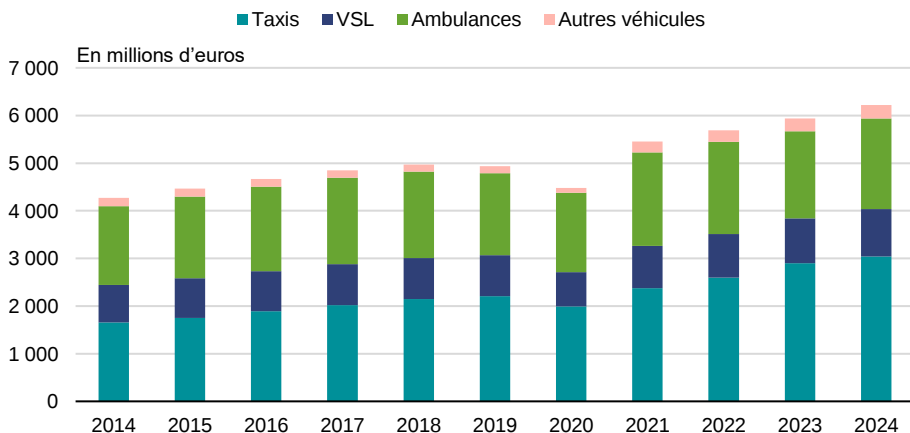
Les trois derniers avenants signés entre la Sécurité sociale et les transporteurs sanitaires intègrent des mesures d'efficacité afin de freiner la hausse des dépenses. À partir de mars 2025, de nouvelles mesures ont été mises en place pour développer le transport sanitaire partagé, peu développé en France. Les patients refusant un transport partagé sans contre-indication médicale n'auront plus accès au tiers payant.

Graphique 1 Taux de croissance des dépenses de transports sanitaires



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

Graphique 2 Dépenses par mode de transport entre 2014 et 2024



Note > Les dépenses relatives aux contrats et aux indemnités ne sont pas présentées dans ce graphique.

Source > DREES, comptes de la santé.

La permanence ambulancière représente près de 10 % des dépenses

Les contrats et indemnités représentent 646 millions d'euros en 2024 ; la majorité de ces dépenses sont liées à la permanence ambulancière. La participation financière de la Sécurité sociale aux gardes des transporteurs privés comprend deux volets : une indemnité de garde et une tarification spécifique pour les sorties pendant les gardes.

Les SDIS perçoivent une indemnisation pour leurs interventions pour carence ambulancière et, depuis mi-2022, une indemnité de substitution pour leur participation à la garde ambulancière, financée par les fonds d'intervention régionaux des agences régionales de santé.

Du fait des ALD, une prise en charge quasi intégrale par la Sécurité sociale

Les dépenses de transports sanitaires sont essentiellement prises en charge par la Sécurité sociale : en 2024, celle-ci finance 93,2 % de la dépense (tableau 2). Cette prise en charge élevée s'explique par le profil des patients transportés, souvent touchés par des affections de longue durée et exonérés du ticket modérateur de ce fait. À cela s'ajoute la gratuité des transports sanitaires urgents : les transports en ambulances privées demandés par le service d'aide médicale urgente (Samu) sont pris en charge à 100 % depuis 2023.

En 2024, sur les 2,7 milliards d'euros de ticket modérateur au taux théorique (45 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale), 2,5 milliards

sont financés par la Sécurité sociale en raison des différentes exonérations prévues. En mai 2023, le taux de remboursement légal de la Sécurité sociale a baissé de 10 points, passant de 65 % à 55 %. Du fait des exonérations, cette mesure a eu un effet limité sur le montant de transports sanitaires financé par la Sécurité sociale en 2024 (environ -1 %).

De même, le doublement des franchises médicales, en mars 2024, a un effet négligeable sur les dépenses de la Sécurité sociale en transports sanitaires. Même si leur valeur unitaire a augmenté de 2 à 4 euros, leur plafond annuel est resté inchangé (50 euros). Le montant de franchises sur des transports sanitaires est passé de 34 millions d'euros en 2023 à 39 millions d'euros en 2024.

La part des dépenses financées par les organismes complémentaires est minoritaire. Elle s'établit à 3,5 % en 2024, en hausse de 0,7 point par rapport à 2023 en raison de l'augmentation du taux de ticket modérateur légal en mai 2023. En effet, la grande majorité des tickets modérateurs non exonérés sont pris en charge par les organismes complémentaires.

Le reste à charge des ménages s'établit à 195 millions d'euros en 2024, soit 2,8 % des dépenses. Il est quasiment stable par rapport à 2023 (2,9 %).

Sur longue période, la part de la dépense de transports sanitaires à la charge des ménages a augmenté de 1,7 % en 2014 à 2,8 % en 2024. A contrario, celle des organismes complémentaires a diminué, de 4,5 % en 2013 à 3,5 % en 2023. ■

Tableau 2 Répartition des dépenses de transports sanitaires par financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	6 396	93,2
État	33	0,5
Organismes complémentaires	239	3,5
Ménages	195	2,8
Ensemble	6 863	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2024, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Proposition de l'Assurance Maladie pour 2025.*
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2022, juillet). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2022, prévisions 2023.*
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2025, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025.*
- > **Cour des comptes** (2023, mai). *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023. Chapitre V, Les Samu et les Smur, des évolutions en cours à poursuivre.*

Les biens médicaux

En 2024, la consommation de médicaments en ambulatoire s'établit à 34,5 milliards d'euros, soit 13,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle augmente de 5,5 % en valeur. La baisse du prix des médicaments est moins importante en 2024 que les années précédentes (-1,7 %). Les médicaments en ambulatoire les plus consommés sont remboursés à 65 % en droit commun ; en pratique, du fait de leur prescription fréquence dans le cadre d'affections de longue durée, les administrations publiques les prennent en charge en 2024 à hauteur de 86 %. Leur consommation augmente de 38 % en 2024. Tous médicaments confondus, y compris ceux non remboursables, le reste à charge des ménages sur les médicaments s'élève à 12,6 % de l'ensemble, une part stable depuis 2021.

La consommation de médicaments en ambulatoire accélère en 2024

La consommation de médicaments en ambulatoire s'élève en 2024 à 34,5 milliards d'euros, soit 13,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [tableau 1]. Elle inclut les médicaments délivrés en pharmacie de ville ainsi que la rétrocession hospitalière (médicaments délivrés à l'hôpital, mais à des patients non hospitalisés, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie). Elle inclut également les émoluments des pharmaciens (honoraires pour dispensation et actes, rémunérations forfaitaires). Elle est mesurée après déduction des remises conventionnelles à l'Assurance maladie. Elle n'inclut pas les médicaments délivrés lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement médico-social, ni les vaccins et les tests de dépistage du Covid-19, classés en dépenses de prévention (fiche 23).

Sur la période 2010-2020, la consommation de médicaments en ambulatoire a diminué régulièrement, d'en moyenne -0,6 % par an, essentiellement du fait de la baisse constante des prix des médicaments remboursables, d'en moyenne -4,4 % par an (graphique 1). Elle ralentit en 2020, alors que les prix des médicaments chutent cette année de -6,9 %. Depuis 2021, la consommation de médicaments en ambulatoire croît ; en 2024, elle augmente de +5,5 %, bien que les prix des médicaments remboursables continuent de diminuer. Depuis 2021, la consommation de médicaments en ambulatoire augmente de 7,4 % par an en moyenne.

Le nombre de boîtes de médicaments remboursables délivrées en pharmacie de ville augmente de 0,9 % en 2024, ce qui ne suffit pas à expliquer cette hausse du volume. Elle s'explique également par le dynamisme de la consommation de quelques médicaments innovants arrivés récemment sur le marché : vutrisiran et tafamidis pour le traitement des neuropathies, zanubrutinib et avapritinib pour les cancers, diroximel fumarate pour la sclérose en plaque, faricimab pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge, dapagliflozine pour le diabète. Ainsi, la consommation de médicaments remboursables en ambulatoire augmente de 4,7 % en 2024, un rythme de croissance supérieur à celui du PIB en valeur (+3,3 % en 2024).

En 2024, les prix des médicaments remboursables, négociés par le Comité économique des produits de santé, baissent de 1,7 %. Cette baisse marque une rupture avec la tendance observée sur la période 2010-2023, au cours de laquelle les prix ont diminué en moyenne de 4,6 % par an. Pour les médicaments non remboursables, les prix, fixés librement, se replient en 2024 (-1,2 % après +5,3 %).

Les remises conventionnelles (hors clause de sauvegarde¹) minorent les dépenses de médicaments. Elles représentent une part croissante de la consommation de médicaments : la part des remises dans la consommation de médicaments en ambulatoire est passée de 2,1 % en 2014 à 14,5 % en 2024. Alors que les montants de remises accordées ont doublé entre 2020 et 2023 (passant de 2,5 milliards d'euros à 5 milliards d'euros), les remises ont été quasiment stables en 2024, ce qui limite la baisse des prix observée.

¹ En effet, conformément aux recommandations du *System of Health Accounts*, les remises conventionnelles ne tiennent pas compte des versements des labora-

toires à l'Assurance maladie au titre de la clause de sauvegarde. En comptabilité nationale, ces versements sont considérés comme un prélèvement obligatoire.

Les honoraires de dispensation augmentent un peu moins vite que la consommation de médicaments (2,9 % contre 5,5 %), s'établissant à 4,2 milliards d'euros. Ils représentent 12,3 % de la consommation de médicaments en ambulatoire. Les rémunérations forfaitaires des pharmaciens par l'Assurance maladie et les actes des pharmaciens

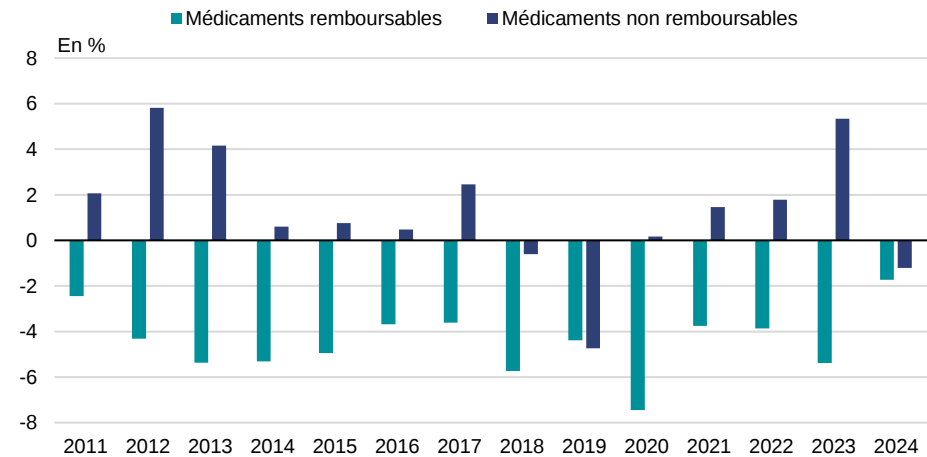
s'établissent à 267 millions d'euros ; ils augmentent de 17,7 %, avec la hausse des indemnités d'astreinte pour la permanence pharmaceutique (+24 millions d'euros) et de l'aide financière à l'informatisation (+14 millions d'euros) qui sont versés aux 74 200 pharmaciens recensés en France.

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

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble (en millions d'euros)	31 640	29 613	30 622	32 179	32 719	34 503
Dépenses de médicaments	31 640	29 613	30 373	31 951	32 492	34 236
Médicaments remboursables	29 434	29 794	31 078	33 112	34 842	36 478
dont délivrés en ville avec prescription	26 674	27 543	24 383	26 443	28 253	29 700
dont délivrés en ville sans prescription	nd	nd	234	270	264	268
dont honoraires de dispensation en ville	nd	nd	3 930	4 077	4 116	4 234
dont délivrés à l'hôpital (rétrocédés)	2 760	2 251	2 532	2 322	2 208	2 275
Médicaments non remboursables	2 856	2 311	2 355	2 598	2 652	2 771
Remises conventionnelles	-650	-2 493	-3 061	-3 759	-5 002	-5 013
Rémunérations forfaitaires et actes des pharmaciens	nd	nd	249	227	227	267
Rémunérations forfaitaires des pharmaciens	nd	nd	248	226	223	256
Actes des pharmaciens	nd	nd	1	2	4	10
Évolution (en %)	1,2	-2,8	3,4	5,1	1,7	5,5
dont volume (en %)	6,3	4,4	7,0	8,8	6,6	7,3
dont prix (en %)	-4,8	-6,9	-3,4	-3,4	-4,6	-1,7

nd : non disponible.
Note > Avant 2021, les dépenses liées aux rémunérations forfaitaires et aux actes des pharmaciens ainsi qu'aux médicaments remboursables délivrés sans prescription et aux honoraires de dispensation sont incluses dans l'estimation des dépenses de médicaments remboursables délivrés en pharmacie avec prescription. Les remises conventionnelles ne tiennent pas compte des versements des laboratoires à l'Assurance maladie au titre de la clause de sauvegarde, conformément aux recommandations du *System of Health Accounts*.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix.

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



Note > L'indice des prix à la consommation est calculé à qualité constante. Les dépenses d'innovation, souvent coûteuses, n'y sont donc pas retracées.
Lecture > En 2024, l'indice de prix des médicaments remboursables diminue de 1,7 %, et celui des médicaments non remboursables diminue de 1,2 %.
Source > Insee ; calculs DREES.

En valeur, 46 % des médicaments consommés sont remboursés à 65 % par la Sécurité sociale en 2024

En 2024, les dépenses de médicaments non remboursés s'élèvent à 3,4 milliards d'euros. 80 % de ces dépenses sont constituées des médicaments non remboursables (non pris en charge par l'Assurance maladie, qu'ils soient prescrits ou non). Les dépenses de médicaments non remboursables s'élèvent à 2,7 milliards d'euros, soit 8,0 % de la consommation de médicaments en ambulatoire.

À celles-ci s'ajoutent les dépenses de médicaments remboursables prescrits non remboursés (non présentées au remboursement par les patients) ainsi que les dépenses de médicaments non prescrits à prescription médicale facultative (les médicaments remboursés si prescrits, non remboursables sinon).

En France, la prise en charge de droit commun des médicaments par la Sécurité sociale se fonde sur l'appréciation de leur service médical rendu par la Haute autorité de santé. Si celui-ci est insuffisant, le médicament ne sera pas remboursé, s'il est faible, le médicament sera remboursé à 15 %, s'il est modéré, à 30 %, s'il est important, à 65 %. Les ministres de la Sécurité sociale et de la santé peuvent également décider du remboursement à 100 % d'un médicament lorsqu'il est reconnu comme irremplaçable et coûteux. La consommation de médicaments en ambulatoire remboursés à 15 % représente 1 % de la consommation de médicaments en ambulatoire hors remises en 2024, soit 496 millions d'euros (graphique 2). La

consommation de médicaments remboursés à 30 % en représente 6 % (2 254 milliards d'euros). Les médicaments remboursés à 100 % ou 65 % représentent les deux tiers de la consommation (46 % pour les médicaments remboursables à 65 %, et 21 % pour les médicaments remboursables à 100 %).

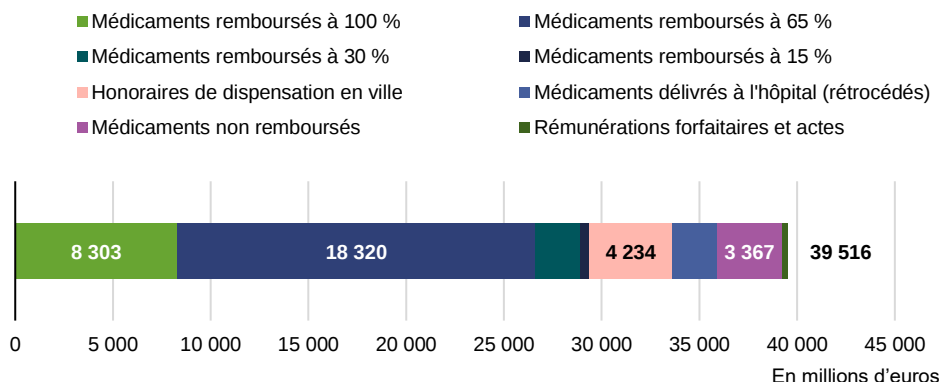
Les médicaments de la liste en sus ont coûté 5 658 millions d'euros en 2024

En plus de la consommation en ambulatoire, des médicaments sont également consommés lors d'hospitalisations. Ces médicaments sont soit dits « intra-groupe homogène de séjour » (intra-GHS), facturés avec le séjour, soit dits « de la liste en sus », très coûteux, facturés à part, et pris en charge intégralement par l'Assurance maladie.

Dans le secteur hospitalier public, les dépenses de médicaments intra-GHS sont estimées en 2024 à 5 359 millions d'euros¹ (tableau 2).

Les dépenses de médicaments de la liste en sus atteignent en 2024 un prix facial de 9 409 millions d'euros, et net des remises de 5 658 millions d'euros. Ces dépenses concernent à 84 % le secteur public et à 16 % le secteur privé, alors que le secteur public représente 77 % des soins hospitaliers (fiche 2) : cela atteste d'hospitalisations nécessitant des traitements plus coûteux à l'hôpital public qu'en clinique. Elles augmentent de 13,0 % en 2024 à l'hôpital public, plus rapidement qu'en clinique (9,0 %), et qu'en ambulatoire.

Graphique 2 Consommation de médicaments en ambulatoire (hors remises conventionnelles) en 2024



Note > Les médicaments non remboursés incluent les médicaments délivrés sans prescription (remboursables ou non) et les médicaments remboursables non présentés au remboursement.

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ La méthodologie actuelle des comptes de la santé ne permet pas d'estimer les dépenses de médicaments intra-GHS pour le secteur hospitalier privé.

La Sécurité sociale a pris en charge
76,1 % des dépenses de médicaments en
ambulatoire en 2024

En 2024, la Sécurité sociale finance 76,1 % de la dépense de médicaments en ambulatoire (tableau 3). L'État en prend en charge 0,5 % et les organismes complémentaires 10,9 %. Le reste à charge des ménages représente 12,6 % de la dépense (4,3 milliards d'euros).

Depuis 2021, le reste à charge des ménages sur les médicaments est stable, à 12,6 %. Depuis 2010, il a diminué de 1,3 point (graphique 3). Les prix des médicaments remboursables étant administrés (il n'y a pas de liberté tarifaire praticable par les pharmaciens), le reste à charge pour les médicaments est surtout composé de dépenses de médicaments non remboursables, dont la part au sein de la consommation de médicaments a diminué depuis 2014 (9,0 % en 2014, 8,0 % en 2024).

Sur la même période, la part financée par la Sécurité sociale et l'État a augmenté de 6,2 points, et celle financée par les organismes complémentaires a reculé de 4,7 points. Cette hausse de la prise en charge des médicaments par la Sécurité

sociale s'explique à la fois par une hausse de la consommation de médicaments mieux remboursés, mais aussi par une montée en charge des dispositifs d'exonération de ticket modérateur (essentiellement les affections de longue durée) [fiche 19].

En raison de ce dernier facteur, le taux de remboursement effectif des médicaments ne correspond ainsi pas à leur taux de remboursement légal (graphique 4). En 2024, les médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale sont en fait pris en charge à 86 % du fait de ces dispositifs, ceux à 30 % à 56 % en pratique, et ceux à 15 % à 38 %. Hormis les médicaments remboursés à 100 %, dont le taux de prise en charge est bien égal à 100 % (exception faite des franchises), les médicaments remboursables sont donc remboursés entre 21 et 26 points de plus que le taux théorique prévu.

Ces taux de remboursement effectif sont relativement stables depuis 2022. Entre 2021 et 2022 cependant, ils ont augmenté pour les médicaments remboursables à 30 % et à 15 %, de respectivement 8,6 points et 7,2 points. ■

Tableau 2 Consommation de médicaments en ambulatoire et de la liste en sus en 2024

En millions d'euros

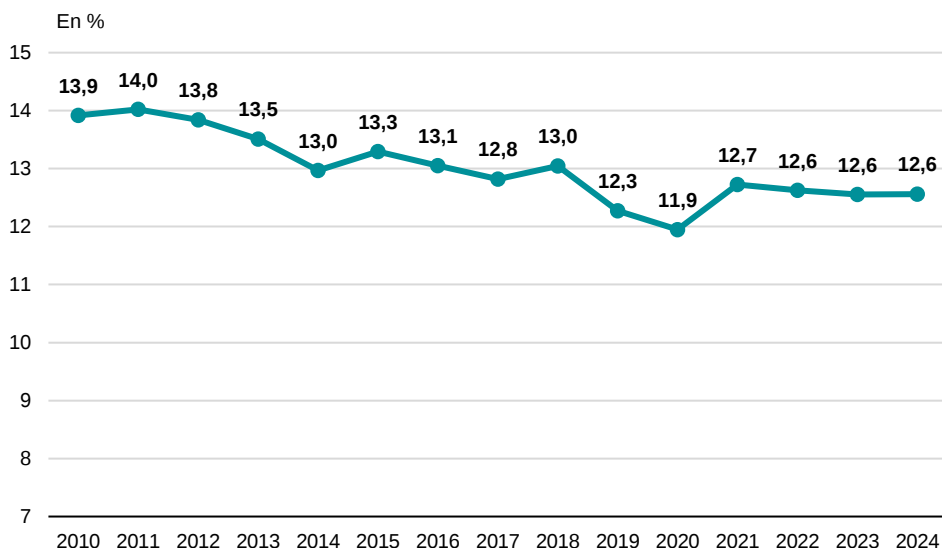
Consommation de médicaments en ambulatoire et en hôpital facturés en sus (y compris remises)							
39 894							
Médicaments délivrés en ambulatoire				Médicaments facturés par les hôpitaux en sus des séjours			
34 236				5 658			
Achats de médicaments en ambulatoire avant remises		Remises conventionnelles		Médicaments en sus avant remises		Remises conventionnelles	
39 249		-5 013		9 409		-3 750	
Remboursables prescrits	Non remboursables ou non prescrits						
Pharmacie de ville	33 934	Pharmacie de ville	-5 013	Secteur public	7 911	Secteur public	-3 134
Pharmacie hospitalière	2 275	Pharmacie de ville		Secteur privé	1 498	Secteur privé	-617

Note > Le partage des montants de remises conventionnelles par lieu de dispensation n'est pas un résultat comptable, mais une estimation.
Source > DREES, comptes de la santé.

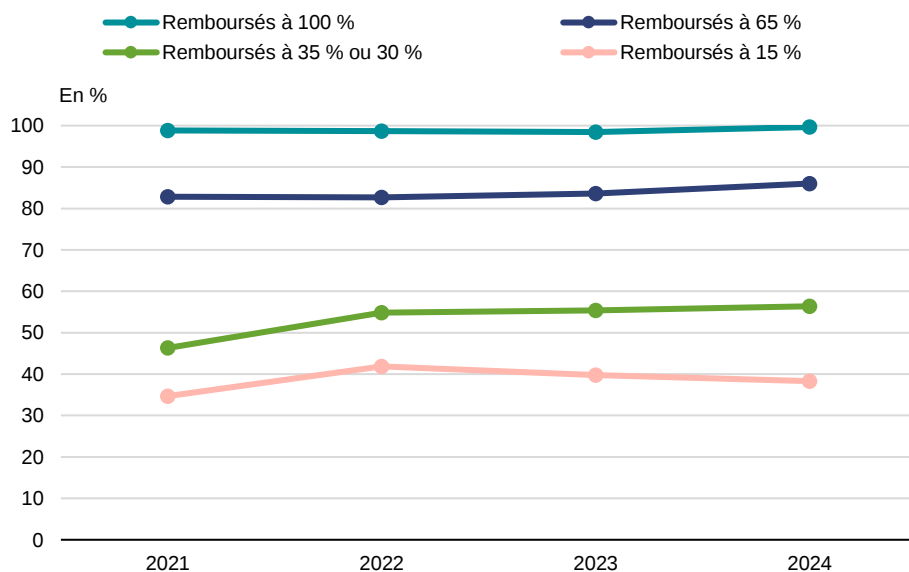
Tableau 3 Répartition des dépenses de médicaments en ambulatoire par financeur en 2024

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	26 245	76,1
État	168	0,5
Organismes complémentaires	3 757	10,9
Ménages	4 333	12,6
Ensemble	34 503	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Taux de reste à charge des ménages pour les médicaments en ambulatoire

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Taux de remboursement effectifs moyens des médicaments en ambulatoire remboursables (hors rétrocession hospitalière), en fonction de leur taux de remboursement légal

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, les pharmacies d'officine ont acheté pour 28,6 milliards d'euros de médicaments (valorisés au prix hors taxes) auprès des laboratoires pharmaceutiques, soit 7,6 milliards d'euros de plus que cinq ans auparavant et 1,6 milliard de plus qu'en 2023 (+5,8 %). Cette dépense est essentiellement composée de médicaments remboursables, en hausse de 6,0 % par rapport à 2023, contre 3,2% pour les médicaments non remboursables. Les médicaments inscrits au répertoire des génériques représentent plus de la moitié des boîtes de médicaments remboursables vendues et plus de 30 % du chiffre d'affaires, en légère progression. Par ailleurs, les médicaments inscrits sur la liste des groupes biologiques similaires, qui regroupent les médicaments biologiques et leurs médicaments biosimilaires associés, représentent 8 % de l'ensemble des médicaments remboursables délivrés en officine.

En 2024, le marché des médicaments vendus aux officines se compose de 13 200 présentations¹ différentes de médicaments pour un chiffre d'affaires (CA) de 28,6 milliards d'euros en France métropolitaine (tableau 1). Ce champ est plus restreint que celui de la fiche 14, en ce qui concerne le périmètre (uniquement l'activité des pharmacies d'officine) et les dépenses prises en compte (ici hors taxes, remises et honoraires de dispensation des pharmaciens) [encadré 1].

Une hausse marquée du chiffre d'affaires des médicaments vendus aux officines en 2024

Après cinq 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 trois années consécutives de forte croissance en 2021, en 2022, et 2023 (plus de 7 % par an), le CA continue de croître fortement en 2024 (+5,8 %). Le marché a ainsi progressé de 7,6 milliards d'euros en cinq ans.

Ce marché se compose essentiellement de médicaments remboursables, à hauteur de 83 % du nombre de présentations et de 93 % du chiffre d'affaires. Les ventes aux officines de médicaments remboursables augmentent de 6,0 % en 2023, atteignant un montant de 26,4 milliards d'euros. Après une période de relative stabilité, entre 18 et 19,5 mil-

liards d'euros entre 2015 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, 2025, fiche 12). Une partie importante de cette hausse (près de 20 %) est tirée par deux médicaments arrivés en tête des CA parmi les médicaments remboursables. Ainsi, la substance active tafamidis, préconisée contre les insuffisances cardiaques, a été achetée pour 808 millions d'euros par les officines de ville, en hausse de 34 % par rapport à 2023, avec un prix moyen autour de 6 900 euros la boîte. L'apixaban, connu pour ses propriétés d'anticoagulant, pèse quant à lui pour 768 millions d'euros de CA, en hausse de 12 % en valeur et en nombre de boîtes par rapport à 2023.

Le chiffre d'affaires des médicaments non remboursables, en hausse de 3,2 % par rapport à 2023, atteint son point le plus haut depuis dix ans. Hormis les années 2020 et 2021, marquées par la pandémie de Covid-19, ce chiffre d'affaires oscille entre 1,9 et 2,1 milliards d'euros depuis 2015. Les spécialités à base de tadalafil, indiquée dans les troubles de l'érection, dégagent le CA le plus important parmi les médicaments non remboursables² (124 millions d'euros), en hausse de 8 % par rapport à 2023. À l'inverse, le CA des médicaments homéopathiques (104 millions d'euros), le deuxième plus important, baisse de 12 %.

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.

² Ce médicament peut toutefois être dispensé à l'hôpital (il est inscrit au remboursement à l'hôpital depuis novembre 2022).

Tableau 1 Ventes de médicaments aux officines

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble des médicaments (en milliards d'euros)	20,0	20,1	20,1	20,6	21,0	21,2	22,8	25,1	27,0	28,6
Évolution (en %)	0,1	0,2	0,3	2,5	2,0	0,6	7,7	10,3	7,5	5,8
Médicaments non remboursables	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7	1,7	2,0	2,1	2,1
Évolution (en %)	7,1	2,1	1,6	-4,8	-5,5	-11,9	-0,8	18,0	5,9	3,2
Médicaments remboursables	18,0	18,0	18,0	18,6	19,1	19,5	21,1	23,2	24,9	26,4
Évolution (en %)	-0,6	-0,1	0,1	3,3	2,8	1,9	8,4	9,7	7,6	6,0

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

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 (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires.

À l'inverse, les montants présentés dans la fiche 14, 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 14 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 2024

	En milliards d'euros	
	Vente de médicaments aux officines	Consommation ambulatoire de médicaments délivrés en officine
Médicaments remboursables	26,4	36,5
Médicaments non remboursables	2,1	2,8
Total	28,6	39,2

Champ > Chiffre d'affaires des ventes aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes en France métropolitaine et dépenses de consommation de médicaments.
Sources > GERS ; calculs DREES ; DREES, comptes de la santé.

Une légère progression des génériques en 2024

Les médicaments génériques sont des médicaments identiques à un médicament de référence, appelé princeps, ayant perdu son brevet. Dans tous les systèmes de santé, ils constituent une source d'économie, car leur prix est plus faible que celui des princeps. En 2024, plus d'un milliard de boîtes de médicaments génériques ont été achetées par les pharmacies d'officine pour un CA de 4,7 milliards d'euros soit 18 % du CA des médicaments remboursables. Les médicaments génériques représentent 43,1 % des boîtes de médicaments remboursables,

1,1 point de plus qu'en 2023, et +9,6 points depuis 2015 (graphique 1).

En revanche, après avoir oscillé entre 11 % et 13 % entre 2014 et 2019, la part des princeps génériques est stable depuis 2020, aux alentours de 10 % ; ils représentent 9,9 % des boîtes de médicaments remboursables vendues en 2024.

Au total, en 2024, les médicaments du répertoire générique¹ représentent 53,0 % des boîtes de médicaments remboursables et plus de 31 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (soit 8,3 milliards d'euros). Dans un contexte de marché des médicaments remboursables en expansion

de disposer pour tout princeps d'un médicament générique moins onéreux substituable.

¹ Le répertoire générique est composé des médicaments de référence (princeps génériques) et de leurs médicaments génériques associés. Il présente l'intérêt

(+6,0 %), les médicaments génériques progressent encore plus fortement (+7,0 %) par rapport à 2023. Par ailleurs, les médicaments du répertoire générique soumis au tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)¹ représentent un chiffre d'affaires de 1,9 milliard d'euros, soit 22,6 % de l'ensemble du répertoire en 2024. Cette part a diminué en 2024 (24,3 % en 2023), alors qu'elle était en constante augmentation depuis 2015 (17,2 % cette année-là). Les médicaments génériques du répertoire sous TFR dégagent un chiffre d'affaires trois fois plus important que celui de leurs princeps génériques associés alors que les médicaments génériques du répertoire non soumis au TFR enregistrent un chiffre d'affaires comparable à celui de leurs princeps.

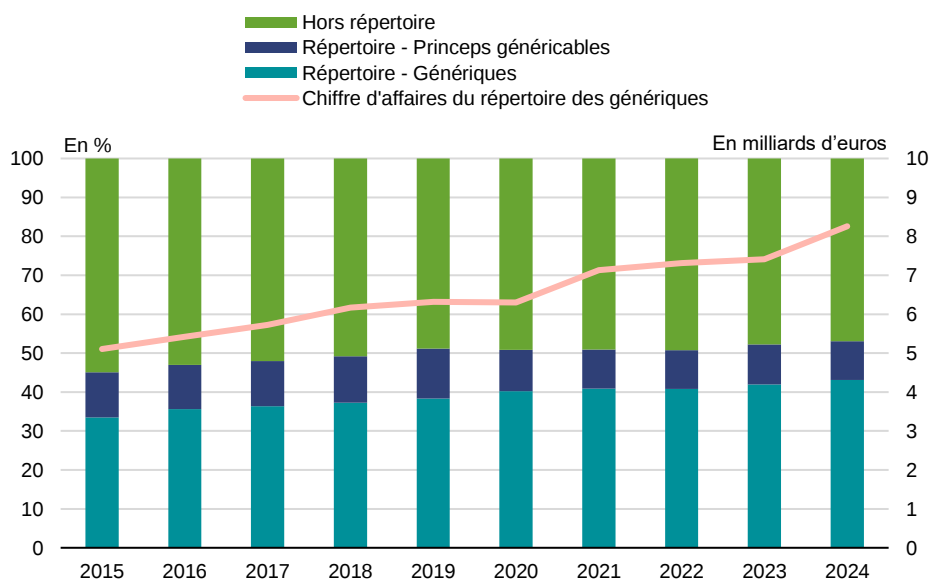
Une part de marché des molécules plus récentes en stagnation depuis deux ans

En 2024, les médicaments âgés² de plus de 20 ans représentent 38 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (*graphique 2*), suivis par ceux

mis sur le marché depuis 10 à 20 ans (30 % du marché). Cela s'explique par les volumes très importants vendus, et non par les prix moyens bien plus faibles que ceux des médicaments de moins de 10 ans. Le prix moyen d'une boîte de médicaments âgés de 20 ans ou plus est dix fois moins élevé qu'un médicament de 10 à 20 ans, en moyenne, et quatorze fois moins qu'un médicament de moins de 5 ans.

Les médicaments de moins de 10 ans comptent pour près d'un tiers du chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus aux officines. Cette part repart à la hausse après deux années de baisse (32 %). De 2016 à 2021, elle était en progression constante.

Graphique 1 Ventilation du nombre de boîtes des médicaments remboursables et CA des médicaments du répertoire générique



Champ > En 2024, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 53,0 % du nombre de boîtes vendues, dont 43,1 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 8,26 milliards d'euros. Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques aux prix catalogue hors taxes (PCHT) en France métropolitaine.

Source > GERS ; calculs DREES.

¹ Lorsque les génériques sont insuffisamment prescrits au sein d'un groupe générique, la base de remboursement du princeps est fixée au prix du générique le moins cher de son groupe, nommé tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le TFR est l'un des mécanismes de régulation du coût des médicaments pour les administrations publiques, piloté par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

² 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.

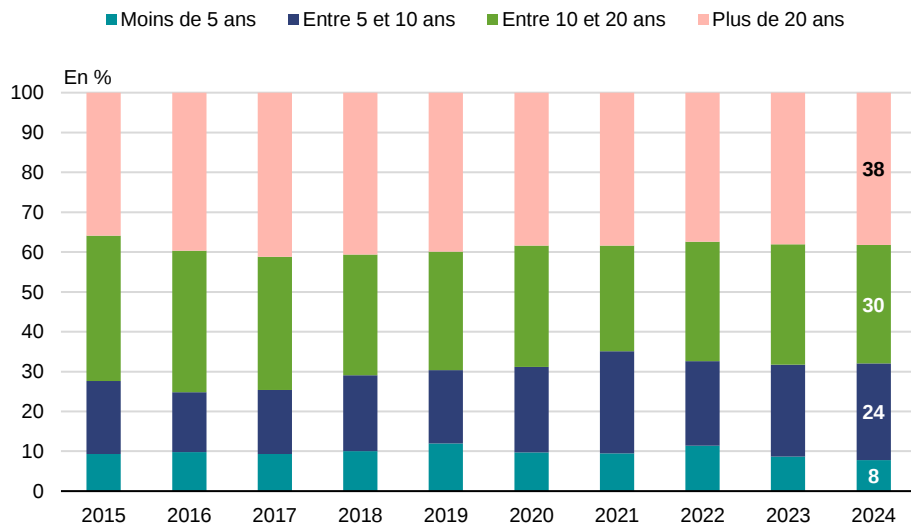
Un chiffre d'affaires de 2,3 milliards d'euros pour les médicaments biologiques

Présentés comme une alternative prometteuse aux médicaments classiques issus de synthèses chimiques, les biomédicaments (ou médicaments biologiques) sont fabriqués à partir d'organismes vivants. Parmi eux, on distingue le biomédicament de référence (appelé « bioréférent »), premier médicament biologique autorisé pour une substance donnée et protégé par brevet, et ses biosimilaires, médicaments comparables au bioréférent et commercialisables une fois son brevet expiré, à l'instar des médicaments génériques pour les traitements de synthèse. L'ensemble formé par un bioréférent et ses biosimilaires constitue un « groupe biologique similaire », tel que défini dans la « liste des biosimilaires ». Les groupes biologiques similaires, au nombre de 18, génèrent au total 2,3 milliards d'euros de CA en 2024 (tableau 3), dont 1,5 milliard pour les seuls bioréférents. Cela représente 8 % de

l'ensemble des médicaments remboursables. Ce CA était de 1,4 milliard d'euros en 2018 (Dahmouh, 2019), il a donc augmenté de 65 % en six ans.

Les médicaments biosimilaires, moins chers que leurs bioréférents, constituent une source d'économie potentielle pour l'Assurance maladie. Parmi les 18 groupes biologiques similaires, 4 n'ont pas encore de biosimilaires commercialisés. Pour les 14 autres, la part des CA des biosimilaires dans le total du groupe est en moyenne de 44 % mais est très variable selon les groupes, allant de 4 % à 92 %. Entre 2018 et 2024, hormis pour la follitropine alpha, la part des biosimilaires a augmenté pour toutes les molécules présentant au moins un biosimilaire commercialisé en 2018. En 2025, les pharmacies d'officines ont reçu l'autorisation de substituer certains médicaments bioréférents par des biosimilaires¹, ce qui pourrait contribuer à augmenter davantage la part de ces derniers. ■

Graphique 2 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 2024, 38,2 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables provient des médicaments âgés de plus de 20 ans.

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

Source > GERS ; calculs DREES.

¹ En vertu des dispositions de l'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024, la Direction de la Sécurité sociale et la Direction générale de la santé arrêtent, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament, la liste des groupes biologiques

substituables, au plus tard deux ans après la perte de brevet des médicaments bioréférents : [Arrêté du 20 février 2025 fixant la liste des groupes biologiques substituables](#).

Tableau 3 Chiffres d'affaires et part de biosimilaires achetés par les officines en 2018 et 2024

Molécule	Volume en 2024 (en milliers)	Chiffre d'affaires en 2024 (en millions d'euros)	Part de biosimilaires en 2018 (en %)	Part de biosimilaires en 2024 (en %)
Filgrastim	804	80	92	97
Epoetine	745	101	63	88
Pegfilgrastim	311	129	nc	86
Teriparatide	128	22	nc	66
Somatropine	186	69	33	65
Etanercept	304	127	14	60
Adalimumab	1 121	459	0	54
Insuline glargine	3 008	96	13	48
Follitropine alfa	623	49	46	43
Enoxaparine	5 447	110	4	19
Ranibizumab	613	228	nc	5
Insuline asparte	3 568	64	nc	4
Tocilizumab	115	67	nc	4
Ustekinumab	90	154	nc	2
Aflibercept	798	451	nc	0
Denosumab	88	17	nc	0
Insuline lispro	1 862	44	nc	0
Omalizumab	147	43	nc	0
Total	19 958	2 310		44

Note > Les groupes biologiques similaires n'ayant pas de biosimilaire commercialisé fin 2018 ont pour valeur « nc » (non commercialisé).

Champ > Ventes de médicaments remboursables des groupes biologiques similaires existants au 31 décembre 2024 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** (2025, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance maladie pour 2026.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2024, janvier). *Rapport d'activité 2022*.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2025, mai). Le marché du médicament en 2024-Éclairage 3.1. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025*.
- > **Dahmouh, A.** (2019). Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion. *Études et Résultats*,1123.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *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 2024, la consommation d'optique médicale s'élève à 8,3 milliards d'euros, soit 3,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle ralentit (+3,4 % après +5,6 % en 2023) ; les volumes et les prix continuent d'augmenter, mais moins qu'en 2023. Les organismes complémentaires financent 68 % de ces dépenses et les ménages 28 %. La part des dépenses du panier 100 % santé continue d'augmenter, et s'établit à 6,2 % des dépenses de verres et montures.

La consommation d'optique médicale augmente en 2024

La consommation d'optique médicale¹ s'établit à 8,3 milliards d'euros en 2024 (*tableau 1*) ; elle continue d'augmenter en 2024, mais un peu moins qu'en 2023 : +3,4 % (après +5,6 %), un rythme comparable à celui du PIB en valeur (+3,3 %). La consommation d'optique médicale est principalement portée par l'effet volume (+1,9 %, après +3,2 % en 2023) 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 (+3,4 %), les lentilles (+3,0 %) et les montures (+3,6 %). La hausse s'explique d'abord par un effet volume pour les verres (+2,1 %) et les montures (+2,5 %). L'effet prix est plus important pour les lentilles (+3,4 %).

Ce dynamisme de la consommation d'optique médicale est porté par la réforme du 100 % santé et par les innovations technologiques du secteur. Tendance, la consommation d'optique médicale

croît également en raison du vieillissement de la population, qui augmente 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 2024, 6,2 % de la dépense de verres et de montures se porte sur le panier A (*encadré 1*), soit 0,2 point de plus qu'en 2023 (6,0 %) et 0,6 point de plus qu'en 2022. Les patients privilégient le panier B (dont les prix sont libres) pour les montures (96,8 % de la dépense totale de montures), afin d'avoir accès à des montures jugées plus esthétiques et confortables.

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

Les verres représentent 64 % de la dépense d'optique médicale en 2024, 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 27 % en 2014 et celle de verres de 61 %.

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

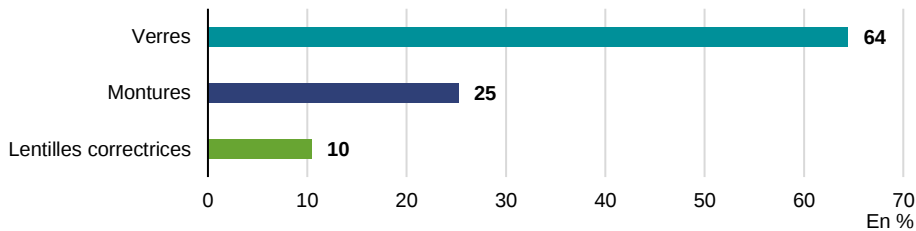
	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Consommation totale (en millions d'euros)	6 378	6 468	7 549	7 574	8 001	8 273
Verres	3 891	4 215	4 867	4 892	5 155	5 328
Montures	1 748	1 654	1 914	1 890	2 011	2 084
Lentilles correctrices	739	599	768	793	836	861
Évolution (en %)	1,5	-9,1	16,7	0,3	5,6	3,4
dont volume (en %)	0,8	-9,6	16,2	-0,4	3,2	1,9
dont prix (en %)	0,7	0,6	0,4	0,8	2,4	1,4

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

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. Ces suppléments représentent 18 millions d'euros en 2024, dont 11 millions de

suppléments tarifaires pour les professionnels dont le taux d'équipements complets pris en charge au titre du « panier A » a dépassé 65 % durant une période de référence antérieure.

Graphique 1 Répartition de la consommation d'optique médicale en 2024



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, 88 % (7,3 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 4 % de la dépense d'optique médicale. Les dépenses restantes sont principalement financées par les organismes

complémentaires, qui en prennent en charge 68 % (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 part des dépenses directement payées par les ménages (reste à charge) diminue depuis 2020 et l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé (28 % en 2024, 31 % en 2020).

Pour le panier A du 100 % santé, le financement par la Sécurité sociale est plus élevé que sur l'ensemble des dépenses d'optique médicale : elle finance 63 % de ces dépenses, et les organismes complémentaires 37 %. Cette structure est stable depuis 2021. ■

Tableau 2 Répartition de la consommation d'optique médicale par panier et financeur en 2024

	Total optique médicale		Panier A « 100 % santé »		Panier B « Tarif libre »		Lentilles correctrices	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	345	4	293	63	47	1	5	1
État	1	0	1	0	0	0	0	0
Organismes complémentaires	5 633	68	169	37	4 788	69	685	80
Ménages	2 294	28	0	0	2 114	30	171	20
Total	8 273	100	463	100	6 949	100	861	100

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 s'élève à 13,4 milliards d'euros en 2024, soit 5,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Après avoir nettement ralenti en 2023 sous l'effet de la chute de la consommation de masques, ces dépenses accélèrent en 2024 et retrouvent leur croissance tendancielle de long terme (+5,1 %). La Sécurité sociale finance environ 70 % de ces dépenses, les organismes complémentaires 19 % et 11 % restent à la charge des ménages.

Une croissance de 5,1 % en 2024 portée par les volumes

Les dispositifs médicaux forment un ensemble très vaste de produits de santé, allant d'équipements médicaux (matériel de perfusion, lits médicaux, matériel d'oxygénothérapie, fauteuils roulants, etc.) à de petits matériels consommables (pansements, seringues, aiguilles). La CSBM comptabilise les dispositifs à visée curative ou réhabilitative, mais aussi ceux liés à la maternité et à la contraception comme les préservatifs, les stérilets, les tests de grossesse ou les tire-laits. Les dépenses de dispositifs médicaux incluent aussi les prestations de location ou d'entretien de matériel médical, qui s'apparentent plus à des services qu'à des biens médicaux.

Les chiffres présentés dans cette fiche portent sur le champ ambulatoire. Cela exclut les dispositifs médicaux fournis en établissement de santé, à savoir :

- les dispositifs implantables (implants ou greffons d'origine humaine) facturés en sus des séjours ;
- les dispositifs dont le coût est inclus dans le tarif des séjours hospitaliers (intra-groupes homogènes de séjours).

Hors optique médicale¹, la consommation de dispositifs médicaux augmente de 5,1 % en 2024, atteignant un montant de 13,4 milliards d'euros (tableau 1). La croissance revient ainsi à son rythme de long terme (+4,9 % par an en moyenne entre 2014 et 2024) après avoir nettement ralenti en 2023 sous l'effet de la chute de la consommation de masques médicaux (+1,2 % par rapport à 2022). Ces dépenses augmentent davantage que le PIB en 2024 (+3,3 %). Hors masques, la croissance des dépenses est soutenue depuis la fin de la crise sanitaire et tend même à accélérer (+2,6 % en 2022, +4,2 % en 2023, +5,2 % en 2024).

Tableau 1 Consommation des dispositifs médicaux, hors optique médicale

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Dispositifs médicaux hors optique (en millions d'euros)	8 325	11 332	12 349	12 616	12 762	13 412
Matériel et consommables	5 493	7 733	7 718	7 941	7 952	8 486
Matériels et appareils d'aide à la vie	nd	nd	2 294	2 419	2 587	2 888
Traitements respiratoires	nd	nd	2 059	2 090	2 223	2 349
Pansements et compresses	nd	nd	1 106	1 132	1 160	1 167
Masques	nd	nd	475	434	73	62
Produits de nutrition	nd	nd	523	553	584	626
Autres consommables	nd	nd	1 261	1 314	1 323	1 394
Prothèses et orthèses	1 522	1 831	2 056	2 126	2 260	2 360
Audioprothèses	920	1 277	2 021	1 975	1 953	1 952
Véhicules pour personnes handicapées physiques	390	491	554	574	597	615
Évolution (en %)	7,1	8,3	9,0	2,2	1,2	5,1
dont volume (en %)	6,9	3,2	29,4	1,9	-0,8	4,1
dont prix (en %)	0,2	5,0	-15,8	0,3	2,0	1,0

nd : non disponible.

Note > Avant 2020, le détail des dépenses de matériels et consommables n'est pas disponible.

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

¹ La dépense d'optique médicale représente, en 2024, 38 % de la dépense totale en dispositifs médicaux (fiche 16). 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 2024, les prix des dispositifs médicaux augmentent légèrement (+1,0 %), moins que l'inflation totale (+2,0 %). C'est le cas chaque année depuis trois ans, après la forte baisse en 2021 (-15,8 %) en raison de la chute du prix des masques. La croissance en volume (+4,1 % en 2024) est portée par le besoin croissant de traitements à domicile et par la prévalence de certaines pathologies comme le diabète. Elle l'est aussi par l'innovation, qui se traduit par exemple par l'essor actuel des dispositifs médicaux numériques, c'est-à-dire les logiciels et applications mobiles permettant la gestion, le suivi ou la télésurveillance de pathologies (ANSM, 2025).

La consommation de matériels et d'appareils d'aide à la vie soutient la croissance des dépenses de dispositifs médicaux

Les matériels et consommables représentent en 2024 deux tiers de la dépense en dispositifs médicaux en ambulatoire (tableau 1), dont 22 % en matériels et appareils d'aide à la vie, 18 % en traitements respiratoires et 23 % en consommables. Les prothèses et orthèses en représentent 18 %, les audioprothèses 15 % et les véhicules pour personnes handicapées physiques 5 %.

Depuis 2021 et la fin de la crise sanitaire, toutes les catégories de dispositifs médicaux ont des dépenses en hausse, excepté les masques médicaux et les audioprothèses (tableau 1). Cette progression est soutenue (au moins 3,5 % en moyenne par année) pour chaque catégorie, excepté pour les pansements et compresses (+1,8 %) qui évoluent de façon plus modérée. En 2024, cette dynamique se confirme ; même si la consommation de masques (-15,8 % par rapport à 2023) et d'audioprothèses (-0,1 %) diminue, les dépenses des autres postes augmentent.

En 2024, la croissance est plus particulièrement portée par les **matériels et appareils d'aide à la vie** (+11,6 % par rapport à 2023). Cette année, les principaux facteurs de hausse sont les suivants :

- une montée en puissance des systèmes de boucle semi-fermée pour l'autotraitement et l'autocontrôle du diabète ;
- l'arrivée d'une thérapie innovante du glioblastome par génération de champ électrique ;
- une hausse générale des traitements à domicile (matériels de perfusion, de stomie digestive, de gestion de l'incontinence, etc.).

Les **traitements respiratoires** (+5,7 % par rapport à 2023) soutiennent aussi les dépenses en 2024, surtout en raison de la dynamique des traitements de l'apnée du sommeil par pression positive continue.

Parmi les dispositifs médicaux **consommables**, les dépenses de pansements et compresses représentent un tiers des dépenses ; elles augmentent moins que les autres dispositifs médicaux hors optique (+0,6 % en 2024). Les produits de nutrition orale, entérale ou parentérale suivent une dynamique plus forte : leurs dépenses augmentent de 7,2 % en 2024 après +5,6 % en 2022 et +5,7 % en 2023. Cette hausse est principalement liée aux produits pour complémentation nutritionnelle orale. Les autres consommables (+5,3 %) sont très variés, allant du matériel d'autocontrôle et d'autotraitement du diabète (lancettes, bandelettes), aux collyres, en passant par les dispositifs contraceptifs ou les poches pour les stomies digestives ou les perfusions.

Les **prothèses et orthèses** regroupent des dispositifs de compensation ou de remplacement des fonctions corporelles (implants, prothèses externes, postiches capillaires, prothèses mammaires, oculaires, etc.). Leurs dépenses augmentent de 4,4 % en 2024 par rapport à 2023.

Les **audioprothèses** rassemblent tous les appareils auditifs correcteurs de surdité. En 2021, la consommation d'audioprothèses avait bondi (+58,3 %) du fait de la réforme du 100 % santé, avant de se replier les années suivantes. En 2024, elle se stabilise (-0,1 %) et d'un léger repli en volume (-0,3 %) et d'un faible effet prix (+0,2 %).

La consommation de **véhicules pour personnes handicapées physiques** (VHP) regroupe majoritairement les dépenses de fauteuils roulants (achats, locations, entretiens et réparations) mais aussi d'autres véhicules comme les poussettes, et d'autres dispositifs d'aide à la mobilité comme les déambulateurs ou les verticalisateurs. La hausse des dépenses (+3,0 % en 2024) est due aux volumes, l'effet prix étant nul cette année.

Les remises conventionnelles sont moins importantes pour les dispositifs médicaux que pour les médicaments (-170 millions d'euros en 2024 sur les dispositifs médicaux en ambulatoire, soit moins de 1 % des dépenses globales).

Les fournisseurs, les prestataires et les pharmacies sont les principaux acteurs

Le marché des dispositifs médicaux hors optique est dominé par les fournisseurs de matériel et prestataires (39 % des ventes, soit 5,2 milliards d'euros) et les pharmacies (38 % des dépenses, soit 5,1 milliards d'euros). Viennent ensuite les audioprothésistes (13 %, soit 1,7 milliard d'euros) et les autres professionnels de santé spécialisés (graphique 1).

Les fournisseurs de matériels et les prestataires représentent les trois quarts des dépenses de matériel médical et des appareils (2,1 milliards d'euros) et la quasi-intégralité de celles de traitements respiratoires (2,2 milliards d'euros). Il s'agit de prestataires de respiration à domicile, d'artisans fabriquant des prothèses, d'entreprises de vente de matériel, etc. Ils sont également les premiers vendeurs de VHP (60 % du marché, soit 350 millions d'euros).

Les pharmacies dispensent 92 % des dispositifs médicaux consommables (pansements, nutriments, dispositifs d'autocontrôle du diabète, etc.), qui représentent plus de la moitié (58 %) de leurs ventes en dispositifs médicaux.

L'essentiel de la consommation d'audioprothèses (1,7 milliards d'euros, soit 88 %) est délivré par les audioprothésistes, contre 12 % pour les opticiens (200 millions d'euros). Les prothèses et orthèses sont vendues principalement par les pharmacies (46 % des ventes, soit 1,1 milliard d'euros), mais elles sont également fournies par les prothésistes et orthésistes (26 % du marché), les pédicures-podologues (19 %) et les fournisseurs de matériel et prestataires (9 %).

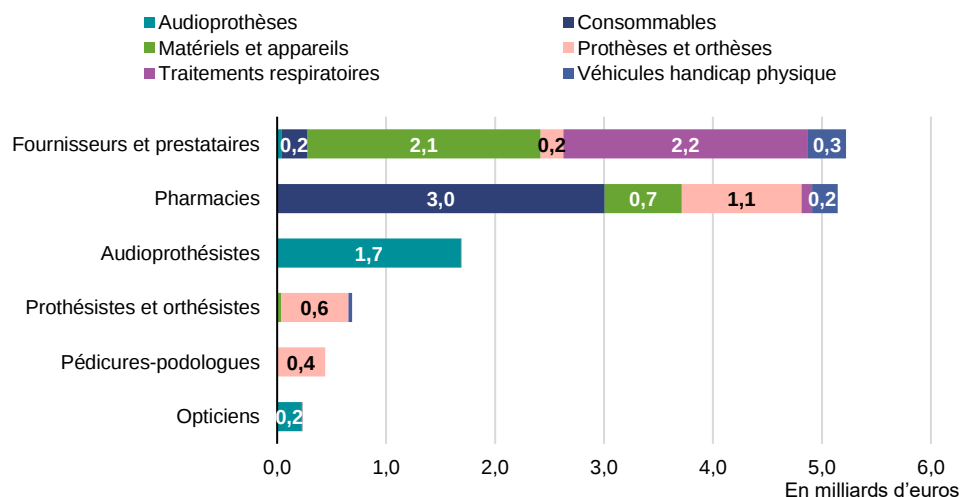
70 % de la dépense prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

En 2024, les dispositifs médicaux hors optique sont pris en charge à 69,6 % par la Sécurité sociale, à 0,4 % par l'État et à 18,9 % par les organismes complémentaires (tableau 2). Les ménages financent les 11,2 % restants, soit 1,5 milliard d'euros.

Les trois principaux financeurs prennent en charge les dispositifs médicaux de façon très différenciée. La Sécurité sociale finance davantage le matériel et les consommables (82 %), ainsi que les prothèses, orthèses et VHP (63 %) mais une part plus réduite des audioprothèses (24 %) pour lesquels la part de liberté tarifaire est plus importante (voir plus bas).

Le taux théorique de prise en charge est en général de 60 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, mais il s'élève à 100 % sur certaines prothèses, sur les ortho-prothèses et sur l'achat et la réparation des VHP. Le taux effectif est en moyenne plus élevé que 60 % en raison des exonérations de ticket modérateur prévues par la réglementation ; cela concerne en particulier des équipements d'aide à la vie auxquels recourent de nombreux patients en affection de longue durée ou bénéficiaires de pension d'invalidité. Ainsi, pour les matériels et appareils (graphique 3), 34,7 % des dépenses sont du ticket modérateur théorique financé en réalité par la Sécurité sociale. La part du ticket modérateur théorique financé par la Sécurité sociale est en effet de 89 %.

Graphique 1 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux hors optique médicale, par profession de santé, en 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

Globalement, les organismes complémentaires financent 18,9 % des dépenses de dispositifs médicaux hors optique en 2024, mais cette part varie fortement entre composantes. Elle s'élève à 51 % sur les audioprothèses (51 %), mais est plus faible pour les prothèses, orthèses et VHP (24 %) ou le matériel et des consommables (11 %). Ainsi, les ménages ne payent directement que 7 % des prothèses, orthèses et VHP, 13 % du matériel et des consommables, et 25 % des audioprothèses.

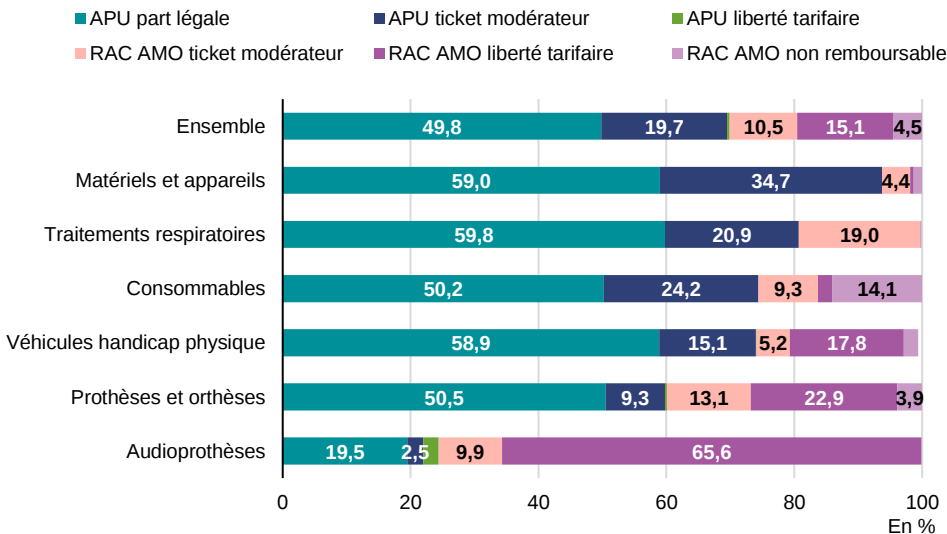
En dix ans, la part des dispositifs médicaux à la charge des ménages a baissé de 3,6 points, tandis que leur prise en charge par les organismes complémentaires a augmenté de 5,4 points. Cette bascule est principalement liée au financement des audioprothèses, pour lesquelles la réforme du 100 % santé a réduit le reste à charge des ménages. La liberté tarifaire constitue 15 % de la consommation des dispositifs médicaux hors optique médicale, aux deux tiers du fait des audioprothèses.

Tableau 2 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux hors optique médicale, par financeur, en 2024

	Ensemble		Matériel et consommables		Prothèses, orthèses et VHP		Audioprothèses	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	9 329	69,6	6 991	82,4	1 864	62,7	474	24,3
État	48	0,4	33	0,4	14	0,5	1	0,1
Organismes complémentaires	2 539	18,9	840	9,9	711	23,9	988	50,6
Ménages	1 496	11,2	622	7,3	386	13,0	487	25,0
Total	13 412	100,0	8 486	100,0	2 974	100,0	1 952	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition des dépenses de dispositifs médicaux, hors optique médicale, par type de financement, en 2024



RAC AMO : reste à charge après Assurance maladie obligatoire ; APU : administrations publiques.
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.

La liberté tarifaire prend une place importante dans le financement des dispositifs médicaux.

Les montants liés à la liberté tarifaire¹ représentent 2,1 milliards d'euros en 2024, soit 15,5 % des dépenses de dispositifs médicaux hors optique médicale. Les audioprothèses représentent à elles seules deux tiers de ce montant, pour 1,3 milliard d'euros².

Les montants liés à la liberté tarifaire représentent ainsi la moitié des 4,0 milliards de reste à charge après Assurance maladie obligatoire (financement des organismes complémentaires et des ménages). L'autre moitié est constituée en 2024 :

- de ticket modérateur, pour 1,4 milliard d'euros ;
- de dépenses non remboursables, pour 0,6 milliard d'euros, qui sont aux deux tiers constituées de pansements et nutriments. Les dépenses de masques médicaux sont très majoritairement non remboursables mais ne représentent que 62 millions d'euros en 2024.

La réforme du 100 % santé a mis en place deux classes d'audioprothèses

Les aides auditives sont regroupées en deux classes :

- la classe I correspond à l'offre 100 % santé, soit les équipements sans reste à charge pour les patients. Cette catégorie comprend un large éventail d'aides auditives (intra-auriculaires, à écouteur déporté ou contours d'oreille) et de garanties associées ;
- la classe II correspond aux équipements à prix libre.

En audiologie, la réforme 100 % santé a été mise en place en janvier 2019 par un plafonnement progressif des prix de vente sur les produits de classe I. Depuis janvier 2020, tous les audioprothésistes doivent obligatoirement proposer un devis comprenant au moins une offre de classe I.

En 2024, la consommation d'audioprothèses 100 % santé baisse à nouveau

À partir de janvier 2021, les aides auditives sont intégralement prises en charge par les contrats de complémentaire santé responsables. En 2021, la consommation d'équipements de classe I a fortement augmenté, atteignant près de 500 millions d'euros (*graphique 3*), contre environ 60 millions en 2020. Les dépenses d'appareils au tarif libre (classe II) ont également enregistré une croissance élevée cette même année, témoignant d'une hausse globale du nombre de patients appareillés.

Les dépenses diminuent pour les deux classes d'équipement en 2022 (-4,3 % pour les équipements du 100 % santé et -1,6 % pour les équipements à tarif libre) après le pic de 2021. À partir de 2023, la consommation d'équipements de classe I diminue fortement (-8,0 % en 2023, - 9,0 % en 2024) tandis que celle de classe II continue à progresser (+1,2 % en 2023, +2,2 % en 2024). En 2024, la part des équipements de la classe II est largement majoritaire (*graphique 3*).

Les organismes complémentaires, premiers financeurs des audioprothèses

En 2024, les organismes complémentaires sont les premiers financeurs de la dépense d'audioprothèses, avec 50,7 % du total de la dépense (*tableau 3*). Pour les appareils auditifs de la catégorie 100 % santé, cette part atteint 71,7 % contre 45,9 % pour la catégorie à tarif libre.

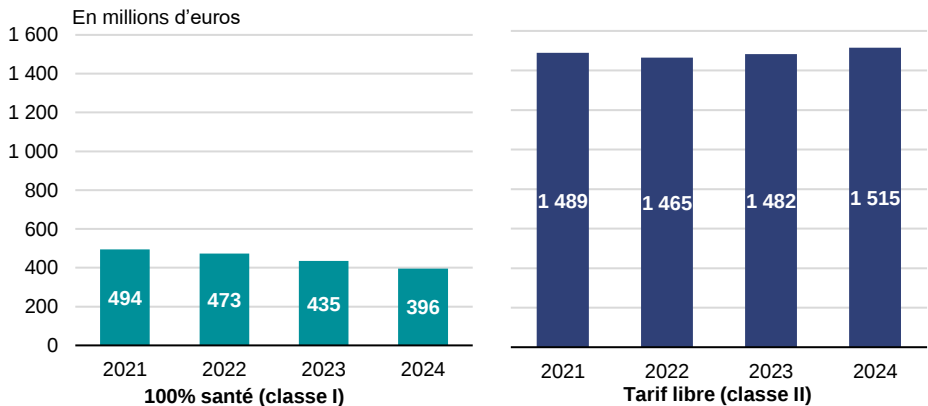
La part de reste à charge des ménages varie fortement entre les deux catégories. Le reste à charge des ménages pour les produits de la classe I est par définition nul. Pour les audioprothèses au tarif libre, les ménages prennent en charge 31,7 % de la dépense totale en 2024, soit 480 millions d'euros.

La Sécurité sociale finance 24,3 % de la dépense d'audioprothèses (28,3 % pour la catégorie 100 % santé et 22,2 % pour la catégorie libre). ■

¹ La liberté tarifaire désigne l'écart entre le coût effectif et la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pour les dispositifs médicaux remboursables, ce coût peut être encadré par un prix limite de vente fixé.

² Dans ce montant de liberté tarifaire, 55 millions d'euros sont financés par la Sécurité sociale au travers des forfaits de remboursement de la complémentaire santé solidaire sur les audioprothèses.

Graphique 3 Répartition de la dépense totale d'audioprothèses, par catégorie



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses d'audioprothèses par catégorie et financeur en 2024

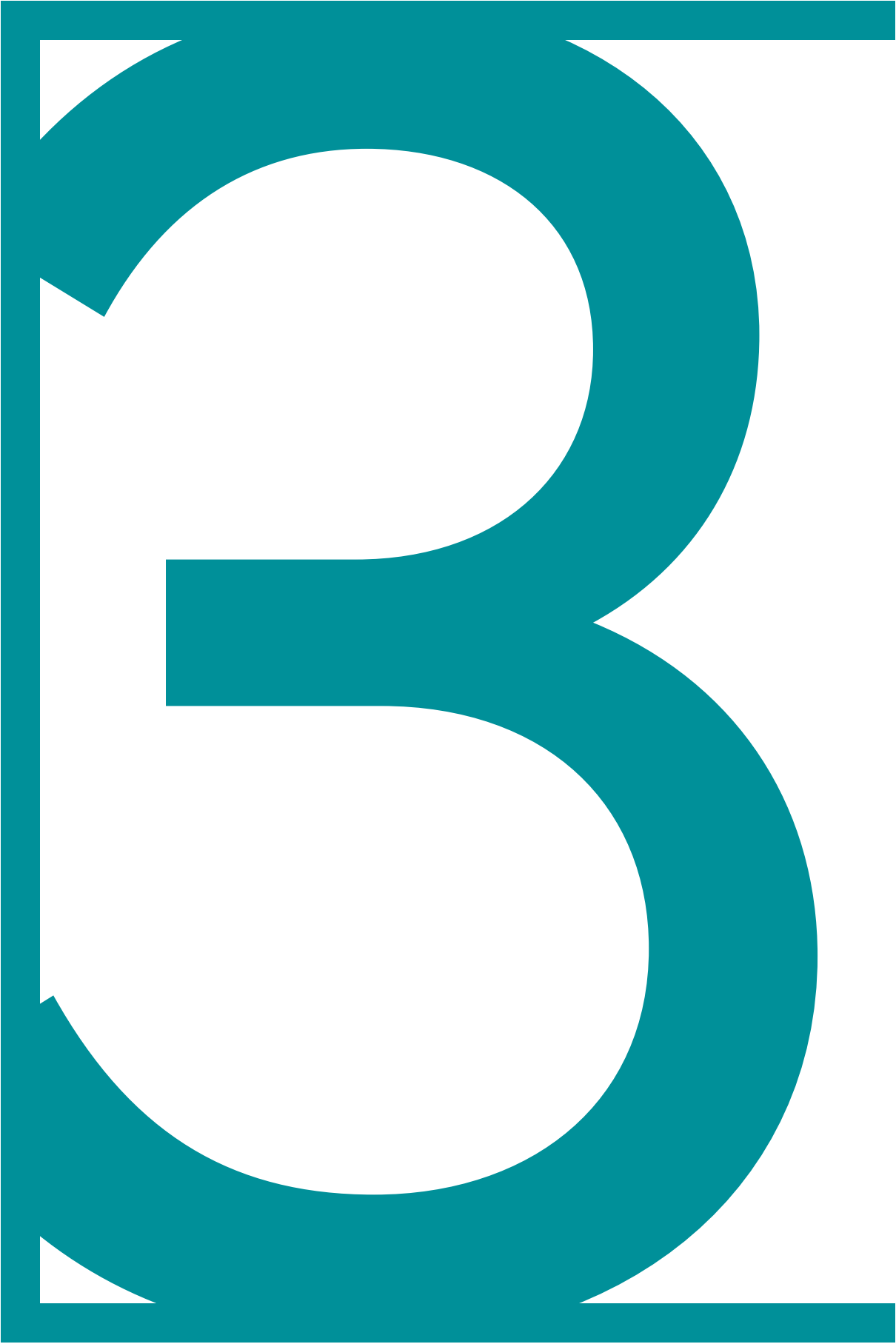
	Ensemble		Classe I (100% santé)		Classe II (prix libres)		Autres	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	474	24,3	112	28,3	337	22,2	25	61,0
État	1	0,1	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Organismes complémentaires	989	50,7	284	71,7	695	45,9	10	24,4
Ménages	488	25,0	0	0,0	481	31,7	7	17,1
Total	1 952	100,0	396	100,0	1 515	100,0	41	100,0

Note > La catégorie « Autres » regroupe les prothèses ostéo-intégrées ainsi que les piles et accessoires.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Agence nationale de sécurité du médicament** (2025). [Règlementation relative aux dispositifs médicaux \(DM\) et aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro \(DMDIV\)](#).
- > **Comité économique des produits de santé** (2024, décembre). *Rapport d'activité 2023. Partie II : Les produits et prestations de la LPP*.
- > **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*.
- > **Pichetti, S., Espagnacq, M., d'Estève de Pradel, A.** (2025, janvier). Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d'une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 296.
- > **Pierre, A., Solotareff, R., Dauphant, F.** (2025, avril). Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ? *DREES, Études et Résultats*, 1338.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

L'Assurance maladie est le principal financeur de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en 2024, elle prend en charge 78,7 % de la CSBM ; cette part diminue de 0,4 point par rapport à 2023. La part financée par les organismes complémentaires (OC) augmente de 0,3 point, à 12,8 %. Le reste à charge des ménages augmente de 0,2 point, à 7,8 % de la CSBM en 2024. Si l'Assurance maladie finance principalement les soins hospitaliers, les organismes complémentaires et les ménages financent plus particulièrement les soins dentaires et les dispositifs médicaux. Les dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie concernent en premier lieu les dépassements d'honoraires et le ticket modérateur.

La part de financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale diminue légèrement en 2024

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec 78,7 % de la dépense prise en charge en 2024, soit 200,5 milliards d'euros (*tableaux 1 et 2*). L'État¹ finance 0,7 % de la dépense (1,5 milliard d'euros), les organismes complémentaires (OC) 12,8 % (32,5 milliards d'euros) et les ménages 7,8 % (20,0 milliards d'euros).

En 2024, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale baisse de 0,4 point, tandis que celle financée par l'État reste stable (et marginale). Cette part reste toutefois supérieure à son niveau d'avant la crise sanitaire. Cette évolution est principalement portée par les diminutions du financement par la Sécurité sociale des soins de médecins et de sages-femmes (-1,2 point en 2024), des auxiliaires médicaux (-0,9 point) et des soins dentaires (-1,6 point).

Après avoir baissé de manière significative au début de la crise sanitaire, la part financée par les organismes complémentaires (OC) augmente depuis 2022 (+0,3 point en 2024, après +0,2 point en 2023) pour s'établir à 12,8 %. Elle retrouve ainsi un niveau proche de celui d'avant la crise sanitaire (13,0 % en 2019). La hausse est importante pour les soins dentaires (+2,7 points en 2024) et les soins de médecins et de sages-femmes (+0,5 point).

Entre 2019 et 2023, le reste à charge des ménages s'est replié de 0,9 point, pour atteindre 7,7 % de la CSBM en 2023. En 2024, il se redresse un peu, à 7,8 % de la CSBM. Cette augmentation est principalement due à la hausse du reste à charge sur les soins hospitaliers (+0,2 point), et les soins de médecins et de sages-femmes (+0,7 point).

Trois mesures portant sur l'Assurance maladie contribuent à l'augmentation de la part des dépenses de santé financées par les OC et les ménages : les revalorisations tarifaires des professionnels, la baisse du taux de remboursement des soins dentaires, et le doublement des franchises médicales et des participations forfaitaires (à plafond annuel inchangé).

Tableau 1 Dépenses de santé par financeur en 2024

En milliards d'euros

	Sécurité sociale	État	Organismes complémentaires	Ménages	Total
Soins hospitaliers	112,1	1,3	4,6	2,7	120,8
Soins de médecins et sages-femmes	16,5	0,1	4,0	2,1	22,7
Soins dentaires ¹	4,7	0,0	6,4	2,0	13,2
Soins des auxiliaires médicaux	14,9	0,1	2,3	3,7	21,0
Soins en centre de santé	2,3	0,0	1,1	0,4	3,8
Activités techniques et auxiliaires ²	14,0	0,1	2,1	0,9	17,0
Médicaments en ambulatoire	26,2	0,2	3,8	4,3	34,5
Dispositifs médicaux	9,7	0,0	8,2	3,8	21,7
Ensemble	200,5	1,8	32,5	20,0	254,8

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.

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.

Tableau 2 Structure du financement des grands postes de la CSBM entre 2014 et 2024

	En %					
	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble de la CSBM (100,0 %)						
Sécurité sociale	76,0	77,3	78,6	79,0	79,1	78,7
État	1,8	2,8	0,9	0,7	0,7	0,7
Organismes complémentaires	12,7	12,0	12,5	12,3	12,5	12,8
Ménages	9,5	7,9	8,0	8,0	7,7	7,8
Soins hospitaliers (47,4 %)						
Sécurité sociale	90,7	90,4	92,3	92,8	93,0	92,8
État	1,8	3,3	1,5	1,1	1,2	1,1
Organismes complémentaires	4,0	4,2	3,7	3,7	3,8	3,8
Ménages	3,5	2,0	2,5	2,4	2,1	2,2
Soins de médecins et sages-femmes (8,9 %)						
Sécurité sociale	68,6	72,7	74,1	74,4	73,8	72,6
État	1,9	2,0	0,3	0,3	0,3	0,3
Organismes complémentaires	19,7	18,3	18,2	17,2	17,3	17,8
Ménages	9,7	7,0	7,4	8,2	8,6	9,3
Soins dentaires (5,2 %)						
Sécurité sociale	30,7	33,6	37,5	37,7	37,6	36,0
État	1,9	2,9	0,1	0,1	0,1	0,1
Organismes complémentaires	42,0	41,9	46,6	45,2	45,8	48,5
Ménages	25,5	21,6	15,8	17,0	16,6	15,5
Soins des auxiliaires médicaux (8,3 %)						
Sécurité sociale	73,7	74,0	73,6	73,0	72,0	71,1
État	1,7	2,1	0,2	0,3	0,3	0,3
Organismes complémentaires	10,9	9,9	10,1	10,5	10,8	10,9
Ménages	13,7	14,1	16,0	16,2	16,9	17,7
Soins en centre de santé (1,5 %)						
Sécurité sociale	55,3	53,0	62,0	62,6	61,9	60,5
État	11,0	15,7	0,8	0,8	0,9	0,9
Organismes complémentaires	0,7	20,4	27,0	25,3	25,4	28,3
Ménages	33,0	10,9	10,2	11,3	11,9	10,3
Activités techniques et auxiliaires (6,7 %)						
Sécurité sociale	81,8	82,2	82,3	82,9	83,3	82,2
État	1,1	1,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Organismes complémentaires	12,4	11,8	11,8	11,8	11,8	12,4
Ménages	4,8	4,6	5,5	4,9	4,5	5,0
Médicaments en ambulatoire (13,5 %)						
Sécurité sociale	71,9	74,7	76,3	75,9	75,9	76,1
État	1,7	2,1	0,4	0,4	0,5	0,5
Organismes complémentaires	13,5	11,3	10,5	11,0	11,0	10,9
Ménages	13,0	11,9	12,7	12,6	12,6	12,6
Dispositifs médicaux (8,5 %)						
Sécurité sociale	41,1	42,5	43,2	43,6	44,0	44,6
État	1,2	1,7	0,2	0,2	0,2	0,2
Organismes complémentaires	35,1	32,8	36,1	36,7	37,8	37,7
Ménages	22,6	22,9	20,5	19,4	18,0	17,4

Lecture > En 2024, la Sécurité sociale finance 78,7 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92,8 % des dépenses. Les soins hospitaliers représentent 47,4 % de la CSBM en 2024 (chiffre indiqué entre parenthèses en colonne 1).

Source > DREES, comptes de la santé.

Entre 2014 et 2024, la part des dépenses prises en charge par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) a augmenté de 1,6 point (*graphique 1*). Malgré la fin des dépenses exceptionnelles liées au Covid-19 en 2020 et 2021, cette part se maintient à un niveau supérieur à celui d'avant la crise (environ 80 %).

La participation des OC au financement de la CSBM¹ retrouve en 2024 un niveau proche de celui observé avant la crise.

La part de la CSBM financée par les ménages diminuait tendancielllement avant la crise sanitaire (environ -0,2 point par an) ; en 2020, elle a chuté de 0,6 point. Après deux ans de stabilité, elle a diminué en 2023 et rebondit en 2024. Malgré cette hausse, le taux de reste à charge a diminué de 1,7 point en dix ans, de 9,5 % en 2014 à 7,8 % en 2024.

La participation financière des ménages est relativement plus élevée pour les soins dentaires et les dispositifs médicaux

La structure de financement des soins hospitaliers est stable depuis 2022 : les administrations publiques financent la plus grande partie des dépenses (93,9 % en 2024). En effet, un nombre important de patients ayant recours aux soins hospitaliers bénéficient d'une exonération du ticket modérateur ; c'est notamment le cas des assurés reconnus en affection de longue durée. Sur ce poste, le financement par les organismes complémentaires et les ménages représentent respectivement 3,8 % et 2,2 % des dépenses en 2024.

En 2024, les soins dentaires demeurent le grand poste de la CSBM le moins financé par les administrations publiques (36,1 %), les OC en finançant 48,5 % et les ménages 15,5 %. La part de financement par les OC repart à la hausse, à la suite des transferts de certains soins de la Sécurité sociale vers les OC, prévus par la convention dentaire 2023-2028.

Les dispositifs médicaux sont un autre grand poste à reste à charge des ménages élevé : il s'établit, en 2024, à 17,4 % (notamment 27,6 % des dépenses d'optique médicale). Les administrations publiques financent 44,6 % des biens médicaux et les organismes complémentaires 37,7 %.

La participation des ménages est également relativement élevée pour les soins des auxiliaires médicaux (17,7 %), sous deux effets opposés mais d'égale importance : les soins infirmiers, principalement financés par la Sécurité sociale (92,1 % en 2024), et les soins des autres auxiliaires médicaux, avec un reste à charge de 30,6 %.

Un quart des dépenses de santé des OC concernent les dispositifs médicaux

La décomposition par poste des financements diffère selon les financeurs du système de santé. Les soins hospitaliers constituent ainsi le premier poste de dépenses pour la Sécurité sociale, avec 56 % de sa dépense totale en 2024 (*graphique 2*).

Pour les OC, le financement de la CSBM reste concentré sur deux postes qui représentent près de la moitié de leurs dépenses : les dispositifs médicaux (25 % de leurs dépenses, dont 17 % au titre de l'optique médicale et 3 % au titre des audioprothèses) et les soins dentaires (20 %, dont 14 % pour les soins prothétiques).

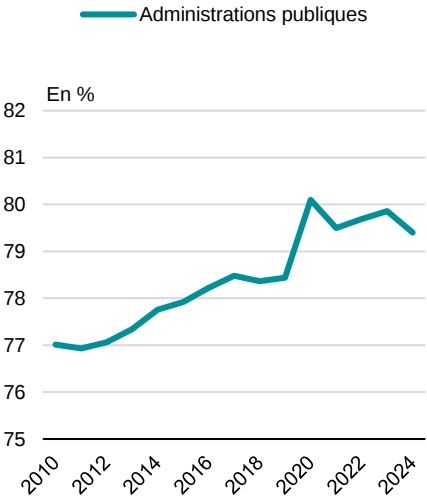
Les médicaments en ambulatoire recouvrent 22 % des dépenses des ménages, principalement les médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire (62 % des dépenses de médicaments pour les ménages). Les auxiliaires médicaux (soins des kinésithérapeutes) et les dispositifs médicaux (optique médicale) représentent chacun 19 % du financement de la CSBM par les ménages.

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

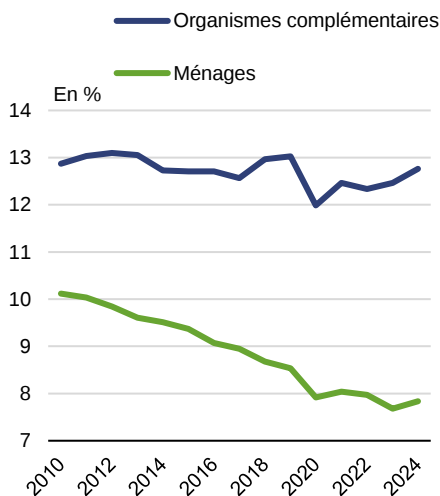
pas considérée comme ayant participé à financer directement des soins et biens médicaux.

Graphique 1 Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2024

a. Par les administrations publiques

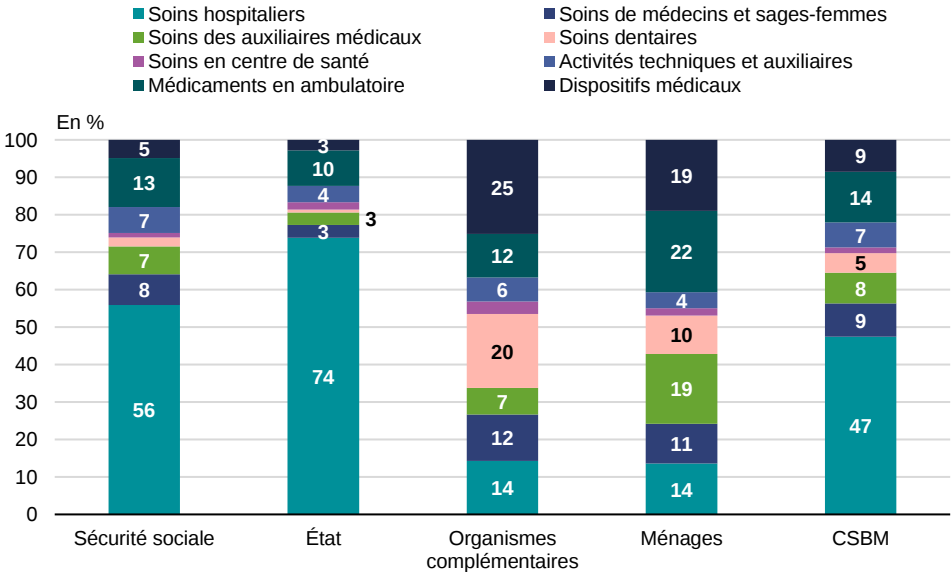


b. Par les autres financeurs



Lecture > En 2024, la CSBM est financée à 79,4 % par les administrations publiques et à 7,8 % par les ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2024



Lecture > En 2024, 56 % des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de la CSBM concernent le financement des soins hospitaliers.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les remises sur les médicaments permettent une économie de 7,9 milliards d'euros aux administrations publiques

Certaines dépenses des administrations publiques sont versées directement à des professionnels, établissements et structures de santé : rémunérations sur objectifs, contrats, etc. Le forfait patientèle médecin traitant (1,0 milliard d'euros en 2024) et la rémunération sur objectifs de santé publique (1,2 milliard d'euros) sont les dépenses les plus importantes. 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. L'Assurance maladie récupère ainsi 7,9 milliards d'euros de remises, dont

4,7 milliards d'euros au titre des médicaments délivrés en ville (tableau 3).

Les prestations prises en charge par les administrations publiques (201,6 milliards d'euros en 2024) 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, 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 bénéficiaires du dispositif d'affection longue durée (ALD) et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) [fiche 19].

Tableau 3 Décomposition de la CSBM financée par les administrations publiques par poste et par type de dépenses en 2024

En milliards d'euros

	Soins et biens médicaux pris en charge par les administrations publiques	Autres rémunérations par les administrations publiques ¹ et remises pharmaceutiques ²	Dépenses engagées par les administrations publiques
Soins hospitaliers	113,3	0,3	113,6
Secteur public	92,7	-3,2	89,5
Secteur privé	20,6	3,5	24,1
Soins ambulatoires	47,5	5,6	53,1
Soins de médecins généralistes	6,2	2,5	8,7
Soins de médecins spécialistes	6,9	0,8	7,6
Soins de sages-femmes	0,6	ns	0,6
Soins des auxiliaires médicaux	14,1	0,9	15,0
Soins dentaires	4,5	0,3	4,8
Soins en centre de santé	2,0	0,4	2,4
Activités techniques et auxiliaires	13,2	0,8	14,1
Médicaments en ambulatoire	31,1	-4,7	26,4
Optique médicale	0,3	0,0	0,3
Dispositifs médicaux hors optique	9,4	-0,1	9,2
CSBM	201,6	1,1	202,6

ns : non significatif.

1. 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 (0,3 milliard d'euros), qui explique l'écart avec le tableau 1.

2. Les remises sur les médicaments versées 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 le secteur public, les médicaments en ambulatoire et les dispositifs médicaux.

Source > DREES, comptes de la santé.

Un tiers des dépenses non prises en charge relèvent du ticket modérateur et du forfait jour hospitalier

Les dépenses relevant de la CSBM non couvertes par l'Assurance maladie obligatoire s'élèvent à 52,1 milliards d'euros en 2024 et recouvrent des dépenses de plusieurs natures.

La part de la dépense de base non prise en charge par l'Assurance maladie se répartit entre le ticket modérateur (14,7 milliards d'euros) et le forfait jour hospitalier pour les soins dans le secteur public (4,2 milliards d'euros). Les dépassements (dépassements d'honoraires et part de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux) comptent pour 20,7 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 10,2 milliards d'euros.

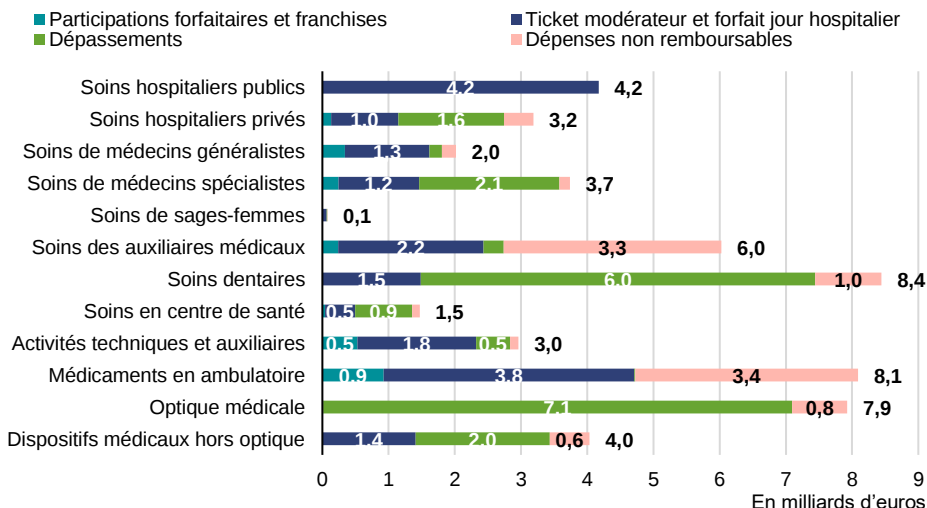
Enfin, les franchises et participations forfaitaires s'élèvent à 2,5 milliards d'euros. Ce reste à charge augmente de 35 % en 2024, conséquence du doublement des franchises médicales et de la participation forfaitaire¹ entré en vigueur au printemps.

Les dépenses dues au ticket modérateur se répartissent principalement entre les médicaments en ambulatoire (3,8 milliards d'euros) et les soins des professionnels de santé en cabinet libéral, dont 2,2 milliards d'euros pour les auxiliaires médicaux, 1,5 milliard d'euros pour les soins dentaires, 1,3 milliard d'euros pour les médecins généralistes et 1,2 milliard d'euros pour les médecins spécialistes (graphique 3).

Les dépassements se répartissent entre les libertés tarifaires permises sur l'optique médicale (7,1 milliards d'euros) et sur les prothèses dentaires (6,0 milliards d'euros), et les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes en ville (3,0 milliards).

Les dépenses non remboursables sont concentrées sur les médicaments non remboursables (3,4 milliards d'euros) et les auxiliaires médicaux (3,3 milliards d'euros, dont 2,0 milliards pour les soins d'auxiliaires non remboursés par l'Assurance maladie [psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens]). La consommation de dispositifs médicaux non remboursables dans le périmètre de la CSBM est composée de dépenses de lentilles (830 millions d'euros), de pansements et compresses (200 millions d'euros), de matériel chirurgical et d'appareils (95 millions d'euros), ou de prothèses et orthèses (90 millions d'euros). ■

Graphique 3 Décomposition de la CSBM non prise en charge par les administrations publiques en 2024



Lecture > En 2024, le reste à charge après assurance maladie obligatoire pour les soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 3,7 milliards d'euros dont 2,1 milliards d'euros de dépassements d'honoraires facturés par les médecins spécialistes.
Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Les plafonds annuels de franchises et participations forfaitaires sont restés inchangés.

En 2024, les administrations publiques financent 202,3 milliards d'euros, soit 79,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ; la Sécurité sociale finance 200,5 milliards d'euros (soit 78,7 %) et l'État 1,8 milliards d'euros (soit 0,7 %). Contrastant avec les évolutions des dernières années, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale et l'État diminue de 0,5 point entre 2023 et 2024. Les soins hospitaliers demeurent le premier poste de dépenses financés par la Sécurité sociale en raison de leur montant élevé et d'une prise en charge importante.

En 2024, les administrations publiques financent près de 80 % de la CSBM

En 2024, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par les administrations publiques s'élève à 202,3 milliards d'euros, soit 79,4 % de la CSBM (*tableau 1*). La Sécurité sociale en finance la quasi-totalité (200,5 milliards d'euros, soit 78,7 % de la CSBM). L'essentiel (174,1 milliards d'euros) correspond aux remboursements auxquels ont droit tous les assurés sociaux.

La Sécurité sociale finance également le reste à charge pour certains patients dans des situations particulières (*encadré 1*) ; en 2024, ces financements s'élèvent à 26,4 milliards d'euros, hors soins hospitaliers publics¹. Ainsi, une rééducation en kinésithérapie à la suite d'un accident du travail (AT-MP) est remboursée à 100 % par la Sécurité sociale, au lieu des 60 % du tarif conventionnel. Ces dispositifs concernent surtout des exonérations de ticket modérateur et de forfait journalier hospitalier (95,9 %

des dépenses). Ils concernent aussi des forfaits 100 % santé (3,0 %) pour que les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) puissent se procurer sans frais des prothèses dentaires, des lunettes et des audioprothèses. Dans de rares situations (1,1 %), telles que pour les victimes d'actes de terrorisme, ils remboursent les dépassements d'honoraires².

En 2024, l'État finance 1,8 milliard d'euros de la CSBM, soit 0,7 % (*tableau 2*). Il finance les hôpitaux militaires (386 millions d'euros) et trois dispositifs de financement du reste à charge (1,4 milliards d'euros) : l'aide médicale de l'État (AME), les frais de santé des invalides de guerre, et d'autres exonérations notamment concernant les frais liés au Covid-19. La baisse du financement de la santé par l'État de 19,1 % en 2022 s'explique principalement par le reflux de la pandémie de Covid-19 et par la baisse des dépenses associées.

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

a. Niveau

En milliards d'euros

	2021	2022	2023	2024
Ensemble des administrations publiques	179,0	186,7	196,2	202,3
Sécurité sociale	177,1	185,1	194,4	200,5
État	2,0	1,6	1,8	1,8
Dont dispositifs de financement du reste à charge hors Sécurité sociale à l'hôpital public	25,8	25,5	26,4	27,8

Source > DREES, comptes de la santé.

b. Part

En %

	2021	2022	2023	2024
Ensemble des administrations publiques	79,5	79,7	79,9	79,4
Sécurité sociale	78,6	79,0	79,1	78,7
État	0,9	0,7	0,7	0,7
Dont dispositifs de financement du reste à charge hors Sécurité sociale à l'hôpital public	11,5	10,9	10,7	10,9

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ La méthodologie de production des comptes de la santé ne permet pas d'isoler la part des soins hospitaliers publics relevant du financement du reste à charge par la Sécurité sociale. Cette part est comptée implicitement dans les remboursements du cas général.

² Certains dispositifs, comme la prise en charge des frais de maternité, financent les participations forfaitaires, les franchises médicales et le forfait patient urgences, mais les données sur ces moindres recettes pour l'Assurance maladie ne sont pas disponibles.

Encadré 1 Évaluation des dépenses au titre des dispositifs de financement du reste à charge par les administrations publiques

Dix-neuf dispositifs améliorent la prise en charge publique des dépenses de santé par rapport au régime de droit commun, abaissant le reste à charge des personnes qui en bénéficient. Cette fiche classe ces dispositifs en six catégories (tableau 4) : ceux dépendant de l'état du patient, ceux liés aux ressources, ceux visant à limiter le reste à charge sur certains soins, ceux concernant des régimes locaux ou spéciaux, les dispositifs liés au Covid-19 et enfin les autres dépenses.

Le Système national des données de santé (SNDS) permet d'identifier le complément de remboursement induit par l'existence de ces dispositifs, comme l'exonération du ticket modérateur des patients reconnus en affection de longue durée (pour les soins relatifs à cette affection). Les chiffres du tableau 4 présentent la somme de ces sur-remboursements (par rapport au régime de droit commun). En effet, les administrations publiques paient dans le cadre de ces dispositifs à la place du patient. Les franchises et participations forfaitaires dont l'Assurance maladie exonère les patients dans le cas de certains dispositifs ne sont cependant pas identifiables dans les données du SNDS.

Les montants présentés sont des sommes de nature comptable. Chaque ligne de ce tableau ne correspond pas nécessairement à des dépenses qui seraient économisées si le dispositif de la ligne correspondante était supprimé, pour deux raisons. En effet, si un dispositif était supprimé, alors d'autres motifs de réduction du reste à charge pourraient s'appliquer. En outre, la suppression de dispositifs de financement du reste à charge pourrait induire un non-recours aux soins pour des raisons financières.

En 2024, le financement public de la CSBM recule de 0,5 point

La part du financement de la CSBM par les administrations publiques recule de 0,5 point en 2024, de 79,9 % à 79,4 % (tableau 1). La part financée par l'État reste stable depuis 2022 (en moyenne de 0,7 %), mais celle financée par la Sécurité diminue en 2024 de 0,4 point, pour s'établir à 78,7 %. Après avoir augmenté en 2022 et en 2023, elle retrouve en 2024 un niveau proche de celui de 2021 (78,6 %). En corollaire de cette évolution, la part des dépenses de santé financées par les organismes complémentaires et les ménages augmente en 2024 (fiches 20 et 21).

Les dépenses de la CSBM financées par les administrations publiques augmentent moins que la CSBM (+3,1 % contre +3,7 %), à l'inverse de 2022 (+4,3 % contre +4,1 %) et 2023 (+5,1 % contre +4,9 %) [graphique 1]. Cela s'explique par le ralentissement

des remboursements publics des dépenses de santé auxquels ont droit tous les assurés sociaux : +2,7 % en 2024 après +5,3 % en 2022 et 2023. Ce ralentissement provient principalement du secteur hospitalier public, qui constitue 44 % du financement public de la santé et qui est presque entièrement financé par la Sécurité sociale et l'État (96 %) [tableau 3]. En effet, les dépenses de santé à l'hôpital public augmentent de +2,6 % en 2024 après 6,2 % en 2023 et 4,9 % en 2022 (fiche 2).

Les dépenses au titre des dispositifs de financement du reste à charge par la Sécurité sociale et l'État augmentent de 5,4 % en 2024 (+6,4 % en excluant les dispositifs d'exonérations liés au Covid-19). En effet, la baisse des exonérations liés à la pandémie freine l'évolution de l'ensemble des dispositifs de financement du reste à charge. Entre 2021 et 2024, ces dépenses ont augmenté de 7,7 % (+16,8 % en excluant les dispositifs liés au Covid-19, soit +5,6 % par an en moyenne).

Tableau 2 Financement de la CSBM par l'État selon la partie de la dépense prise en charge en 2024

En millions d'euros

	Part légale	Ticket modérateur	Hôpital public	Total
État	349	204	1 213	1 766
Aide médicale de l'État (AME)	349	142	751	1 242
Hôpitaux militaires			386	386
Invalides de guerre		62	56	118
Dispositifs Covid-19			19	19

Note > Les données sur le financement de la santé par l'État permettent de mesurer les financements à l'hôpital public, ce qui n'est pas le cas des données sur le financement de l'hôpital public par la Sécurité sociale. Par ailleurs, il est possible d'identifier dans les données la dépense équivalente à la part légale remboursée aux assurés sociaux, financée par l'État, pour les bénéficiaires de l'AME.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers constituent plus de la moitié du financement des administrations publiques

En moyenne, le financement de la santé par les administrations publiques atteint 2 956 euros par habitant en 2024 (graphique 2). Les soins hospitaliers sont le poste de remboursement le plus important en montant (1 657 euros par habitant en moyenne). La contribution de la Sécurité sociale et de l'État aux soins hospitaliers s'élève à 113,4 milliards d'euros en 2024 (tableau 3). Elle constitue son premier poste de dépenses et représente plus de la moitié de l'ensemble du financement de la CSBM par les administrations publiques (56 %).

En 2024, les soins hospitaliers sont financés à 93,9 % par la Sécurité sociale (essentiellement) et l'État (marginale) (tableau 2). Entre 2014 et 2024, la part des administrations publiques dans le financement des soins hospitaliers a augmenté de 1,6 point, avec une inflexion depuis la fin de la pandémie de Covid-19. Cette participation de la Sécurité sociale et de l'État est plus élevée dans le secteur public (95,5 %) que dans le privé (88,3 %).

La consommation de soins ambulatoires est financée à 67,8 % par la Sécurité sociale et l'État en 2024 pour un montant total de 52,8 milliards d'euros. Cette part, qui a augmenté entre 2014 et 2023 (+1,7 point), diminue de 1,1 point en 2024. Les effets de la baisse constatée de la part de la CSBM financée par les administrations publiques en 2024 sur la structure du financement de la santé sont ainsi concentrés sur les soins ambulatoires. L'effet est particulièrement significatif sur les soins dentaires en cabinet libéral pour lesquels la part financée par la Sécurité sociale et l'État baisse de 1,6 point, conséquence de la baisse du taux de remboursement des soins dentaires de 70 % à 60 % à partir du 15 octobre 2023.

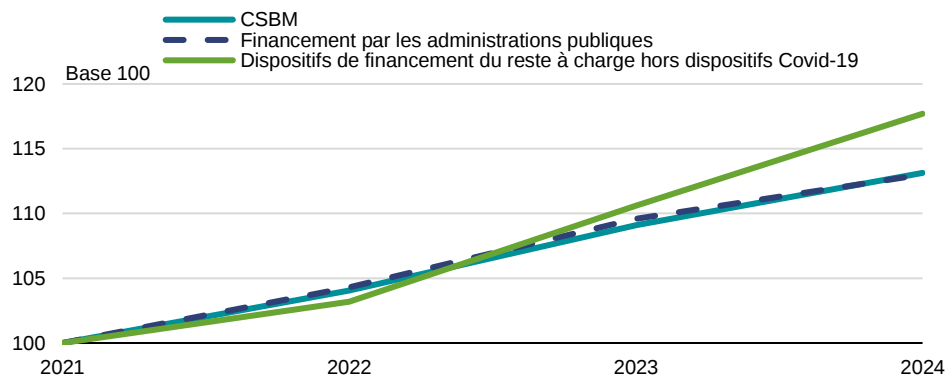
Le financement public des biens médicaux atteint 36,1 milliards d'euros en 2024, soit 64,3 % de la dépense totale de ce poste. La part des médicaments en ambulatoire financée par les administrations publiques est de 76,6 % et celle des dispositifs médicaux de 44,8 %. Cette part est plus faible que celle des autres postes mais elle augmente de 2,6 points entre 2014 et 2024. Cette tendance haussière s'accélère sur les dernières années : la part des dispositifs médicaux financée par la Sécurité sociale et l'État croît en 2024 de 5,9 % malgré la baisse de la part de la CSBM financée par les administrations publiques. Cela s'explique en particulier par la réforme du 100 % santé, qui voit la Sécurité sociale prendre en charge une partie du financement des prothèses dentaires, des lunettes et des audioprothèses.

En 2024, les dépenses au titre du dispositif ALD représentent 58 % du financement du reste à charge par les administrations publiques hors hôpital public

En 2024, les dix-neuf dispositifs de financement du reste à charge représentent une dépense totale de 27,8 milliards d'euros, dont 26,4 milliards d'euros pour la Sécurité sociale, hors prise en charge à l'hôpital public (tableau 4). L'État contribue pour 1,4 milliard, incluant la prise en charge à l'hôpital public.

La majorité des dépenses (71,6 % de l'ensemble en 2024) concernent les dispositifs dépendants de l'état du patient. Historiquement, il s'agit des premiers dispositifs, dédiés à la couverture des frais liés à la maternité, à l'invalidité, aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et aux affections de longue durée (ALD). La prise en charge pour ALD est le dispositif principal : 16,1 milliards en 2024, soit 58,1 % des montants de l'ensemble des dispositifs (hors hôpital public).

Graphique 1 Comparaison des évolutions de la CSBM, du financement par les administrations publiques et des dispositifs de financement du reste à charge



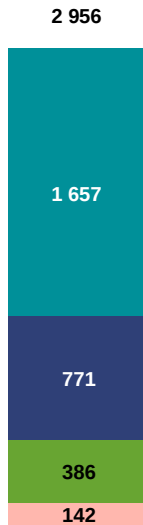
Champ > Dispositifs de financement du reste à charge hors prise en charge par la Sécurité sociale à l'hôpital public et hors dispositifs Covid-19.

Source > DREES, comptes de la santé.

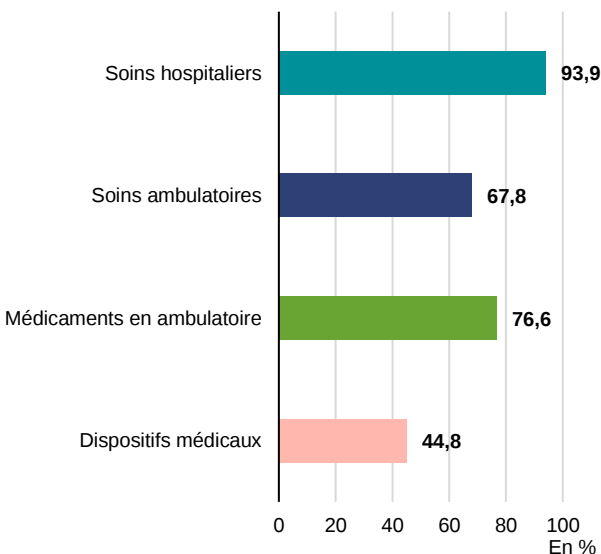
Graphique 2 Montant moyen de remboursement par les administrations publiques par habitant et part de financement par les administrations publiques par secteur

a. Montant remboursé par habitant

En euros



b. Part dans la dépense totale du poste



Lecture > En 2024, le remboursement par les administrations publiques représente 93,9 % du total de la consommation de soins hospitaliers, soit une dépense de 1 657 euros en moyenne par habitant.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Décomposition par poste du financement de la consommation de soins et de biens médicaux par les administrations publiques

	Niveaux (en milliards d'euros)			Part dans la dépense totale du poste (en %)			Structure 2024 (en %)
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	
Ensemble	186,7	196,2	202,3	79,7	79,9	79,4	100
Soins hospitaliers	104,0	110,5	113,4	93,9	94,1	93,9	56
Secteur public	81,8	87,3	89,5	95,2	95,6	95,5	44
Secteur privé	22,2	23,2	24,0	89,5	88,9	88,3	12
Soins ambulatoires	49,3	51,6	52,8	69,2	68,9	67,8	26
Soins des médecins et sages-femmes en cabinet libéral	15,7	16,0	16,5	74,7	74,1	72,9	8
Soins des auxiliaires médicaux en cabinet libéral	14,0	14,5	15,0	73,3	72,2	71,4	7
Soins dentaires en cabinet libéral	4,7	4,9	4,8	37,8	37,7	36,1	2
Soins en centres de santé	2,1	2,3	2,4	63,5	62,8	61,6	1
Activités techniques et auxiliaires	12,8	13,9	14,1	83,3	83,7	82,6	7
Biens médicaux	33,4	34,2	36,1	63,8	63,9	64,3	18
Médicaments en ambulatoire	24,6	25,0	26,4	76,4	76,4	76,6	13
Dispositifs médicaux	8,8	9,2	9,7	43,8	44,2	44,8	5

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Dispositifs de financement du reste à charge hors hôpital public par les administrations publiques par catégorie

En millions d'euros

	2021	2022	2023	2024	Structure 2024 (en %)
Ensemble des dispositifs de financement du reste à charge	25 794	25 473	26 356	27 791	100,0
Contingents à l'état du patient	16 987	17 628	18 764	19 896	71,6
Affections de longue durée (ALD)	13 504	14 122	15 130	16 147	58,1
Invalidité	2 795	2 846	3 000	3 100	11,2
Maternité	410	390	362	368	1,3
Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP)	199	194	197	207	0,7
Invalides de guerre	121	100	114	118	0,4
Nouveaux nés	12	12	12	12	0,0
Contingents aux ressources	2 933	2 990	3 281	3 580	12,9
Complémentaire santé solidaire (C2S)	2 340	2 350	2 557	2 792	10,0
Aide médicale de l'État (AME)	898	942	1 098	1 242	4,5
Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)	219	239	273	297	1,1
Soins de ville à Mayotte	1	2	3	0	0,0
Limitant le RAC sur certains soins	1 950	1 991	2 137	2 227	8,0
Ticket modérateur forfaitaire	1 418	1 456	1 578	1 647	5,9
Orthodontie couteuse	467	491	515	530	1,9
Hospitalisation de plus de 30 jours	65	43	44	49	0,2
Prévention individuelle	1	1	1	1	0,0
Locaux et spéciaux	756	764	798	850	3,1
Alsace-Moselle	308	317	340	378	1,4
Régimes spéciaux	343	346	356	368	1,3
Détenus	102	99	100	101	0,4
Cas dérogatoires pour dépassements d'honoraires (victimes du terrorisme, etc.)	2	2	2	3	0,0
Dispositifs Covid-19	2 320	1 251	396	162	0,6
Non classées ailleurs	269	272	280	268	1,0

Champ > Hors prises en charge par la Sécurité sociale à l'hôpital public, hors participations forfaitaires, franchises médicales et forfait patient urgences.

Source > DREES, comptes de la santé.

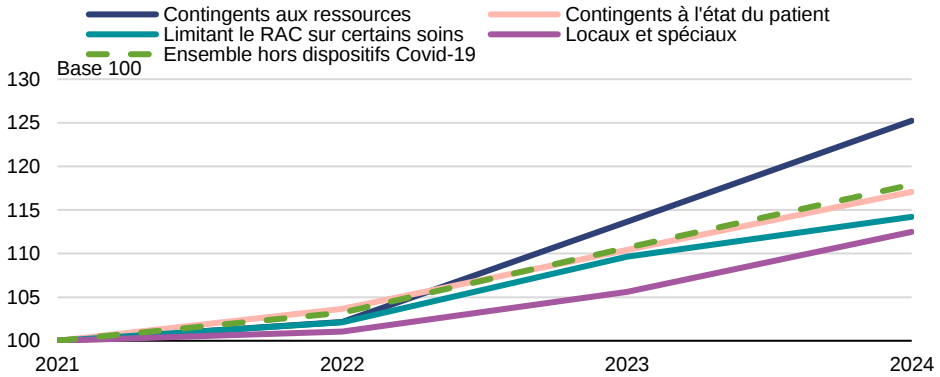
Les dispositifs liés aux ressources (12,9 % de l'ensemble en 2024) ouvrent un droit à exonérations pour les foyers aux revenus les plus modestes. La complémentaire santé solidaire (C2S) fait office de complémentaire santé et prend en charge le ticket modérateur, les franchises, les participations forfaitaires et les forfaits 100 % santé, pour un total de 2,8 milliards d'euros. Certains dispositifs sont par ailleurs conditionnés par des critères additionnels, notamment d'âge pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et de situation administrative pour l'aide médicale de l'État (AME).

Sans conditionnement à la situation du patient, les dispositifs limitant le reste à charge sur certains soins (8,0 % de l'ensemble en 2024) sont attachés à des prestations médicales pour lesquelles les pouvoirs publics souhaitent faire baisser les coûts. Par exemple, au-delà de 30 jours, les coûts d'une hospitalisation sont intégralement pris en charge par la

Sécurité sociale, pour un montant de 49 millions d'euros dans le secteur hospitalier privé. Par ailleurs, pour certains actes dits lourds, dont le tarif est au moins égal à 120 euros, le ticket modérateur devient forfaitaire, fixé à 24 euros. Ce dispositif réduit les dépenses des patients de 1,6 milliard d'euros en 2024.

Les régimes locaux et spéciaux (3,1 % de l'ensemble en 2024) font essentiellement référence au régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle (378 millions d'euros) et aux régimes spéciaux comme la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg) [368 millions d'euros]. Ces assurés bénéficient de taux de couverture médicale plus avantageux sur certains soins, allant jusqu'à inclure une prise en charge de certains dépassements pour la Camieg.

Graphique 3 Évolutions annuelles des dépenses au titre de dispositifs de financement du reste à charge par les administrations publiques



Champ > Hors prises en charge par la Sécurité sociale à l'hôpital public, hors participations forfaitaires, franchises médicales et forfait patient urgences et hors dispositifs Covid-19.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dispositifs liés aux ressources connaissent la croissance la plus forte en 2024, mais la progression des ALD est la principale contributrice de l'évolution totale

Si l'ensemble des dispositifs de financement du reste à charge par les administrations, hors dispositifs Covid-19, progresse de 5,6 % en moyenne par an entre 2021 et 2024, les évolutions par catégorie de dispositifs (graphique 3) sont très contrastées.

L'évolution totale est surdéterminée par celle des dispositifs liés à l'état du patient et en particulier par celle des ALD. L'augmentation des dépenses consacrées à ce dispositif explique les deux tiers de la croissance de l'ensemble du financement du reste à charge par les administrations publiques depuis 2021. Cela est dû au poids des ALD dans l'ensemble des dispositifs (58,1 % en 2024), et à une évolution prononcée de ses dépenses : 6,1 % par an en moyenne entre 2021 et 2024.

Les dispositifs liés aux ressources enregistrent la croissance la plus élevée : en moyenne, 7,9 % par an depuis 2021. La croissance de la C2S (+6,1 % par an depuis 2021) explique les deux tiers de cette progression. Le reste de l'évolution est causée par

la forte croissance de l'AME (+11,5 % par an depuis 2021) et de l'Aspa (+10,7 % par an).

Pour ces trois dispositifs liés aux ressources ou à la situation administrative, l'augmentation du nombre de bénéficiaires est un facteur explicatif important de la hausse des dépenses. Ainsi, entre 2021 et 2024, le nombre de bénéficiaires de l'AME augmente de 6,9 % par an en moyenne (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2025). Entre 2021 et 2023, le nombre de bénéficiaires de la C2S passe de 7,1 à 7,5 millions de personnes (+2,5 % en moyenne par an) [La complémentaire santé solidaire, 2024] et ceux de l'Aspa de 0,5 à 0,6 millions (+8,8 % en moyenne par an) [Cheloudko, 2025]. Ces augmentations sont causées par des facteurs structurels (le vieillissement de la population) et par des politiques publiques (l'extension du principe d'automatisation de l'attribution de la C2S aux bénéficiaires du revenu de solidarité active [RSA], de l'allocation aux adultes handicapés [AAH] et de l'Aspa).

À l'inverse, les dépenses au titre de la maternité diminuent de 6,0 % par an en moyenne entre 2021 et 2023, en cohérence avec la baisse du nombre de naissances. En 2024, malgré la poursuite de cette baisse, les dépenses hors hôpital public pour les femmes enceintes rebondissent (+1,7 %). ■

Pour en savoir plus

- > Cheloudko, P. (2025). *Les retraités et les retraites – Édition 2025*. Fiche 26 - Les allocataires du minimum vieillesse et les allocations versées. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > Commission des comptes de la Sécurité sociale (2025, juin). L'Aide médicale de l'État – Éclairages 3.3. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025*.
- > Complémentaire santé solidaire (2025). *Rapport annuel 2024*.

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 2024, les prestations de santé versées par les OC augmentent à un rythme soutenu (+6,2 %), supérieur encore à celui de 2023 (+5,9 %). La part des OC dans le financement de la CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) augmente pour la deuxième année consécutive : elle s'établit en 2024 à 12,8 %, après 12,5 % en 2023 et 12,3 % en 2022. Elle se rapproche ainsi en 2024 de son niveau moyen des années 2010 à 2019.

Les prestations versées par les OC dans le champ de la CSBM augmentent de 6,2 % en 2024

Les prestations en soins et en biens médicaux versées par les organismes complémentaires (OC) s'élèvent à 32,5 milliards d'euros en 2024 (soit 475 euros par habitant). Elles progressent de 6,2 % par rapport à 2023¹ (*tableau 1*), un peu plus qu'en 2023 (+5,9 %) et deux fois plus qu'en 2022 (+3,0 %).

Entre 2023 et 2024, 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) à l'exception des audioprothèses (*tableau 1*) ; les remboursements des OC sont tirés notamment par les dépenses en dentaire (+0,5 milliard d'euros) et en autres soins ambulatoires (+0,7 milliard d'euros), le dentaire étant majoritairement pris en charge par les OC.

En 2024, les mutuelles versent 14,1 milliards d'euros de prestations sur le champ de la CSBM et restent le principal acteur de la complémentaire santé en ce qui concerne les prestations versées (Poulon, 2024), devant les entreprises d'assurances (11,9 milliards d'euros) et les institutions de prévoyance (6,5 milliards d'euros). Plus de la moitié des prestations sont versées au titre d'un contrat collectif (18,1 milliards d'euros, soit 56 % du total).

En 2024, les OC financent 12,8 % de la CSBM. Le financement des OC porte en partie sur des 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 (68,2 %), soit 5,6 milliards d'euros ou encore 82 euros en moyenne par habitant (*graphique 1*). Les

soins dentaires sont également principalement financés par les OC (48,5 %), soit 6,4 milliards d'euros (94 euros en moyenne par habitant). Enfin, en 2024, les OC versent 1,0 milliard d'euros de prestations en audioprothèses (14 euros par habitant), et financent ainsi la moitié des dépenses de santé sur ce poste (50,6 %). Le financement de ces trois postes représente 40 % du financement total de la CSBM par les OC.

Pour les 60 % restant, le financement de la CSBM par les OC provient de postes où la part financée par les OC est très minoritaire. Ainsi, les OC financent 14,8 % de la consommation d'autres soins ambulatoires, ce qui représente 9,5 milliards d'euros de prestations, soit 139 euros par habitant en 2024. Les OC financent une part similaire de la consommation d'autres dispositifs médicaux (13,5 %), soit 1,6 milliard d'euros. Enfin, ils ne financent qu'une faible partie des soins hospitaliers (3,8 %), ce qui représente 4,6 milliards d'euros, soit 68 euros par habitant.

À la prise en charge des soins hospitaliers par les OC s'ajoutent 2,2 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, conformément aux conventions comptables du Système international des comptes de la santé. 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 3,1 milliards d'euros en 2024.

¹ Les chiffres portant sur les OC 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 2024. En effet, les comptes de la santé utilisent une version préliminaire des données de l'ACPR (figées à juillet 2025).

Tableau 1 Financement de la CSBM par les organismes complémentaires en 2024

En milliards d'euros

	Mutuelles	Entre-prises d'assurances	Institutions de prévoyance	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Évolution 2024 (en %)
CSBM	14,1	11,9	6,5	18,1	14,4	32,5	+6,2
Soins hospitaliers	2,1	1,8	0,7	2,0	2,6	4,6	+4,2
Soins ambulatoires	6,9	5,6	3,5	9,2	6,8	15,9	+8,3
Soins et prothèses dentaires	2,8	2,0	1,6	3,9	2,5	6,4	+8,4
Autres soins ambulatoires	4,1	3,6	1,8	5,3	4,3	9,5	+8,3
dont FPMT	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	+8,5
Biens médicaux	5,0	4,6	2,4	6,9	5,0	11,9	+4,2
Médicaments	1,7	1,4	0,6	1,8	1,9	3,8	+4,1
Dispositifs médicaux	3,3	3,1	1,7	5,1	3,1	8,2	+4,2
dont optique	2,0	2,3	1,3	3,9	1,7	5,6	+4,3
dont audioprothèses	0,6	0,3	0,2	0,4	0,6	1,0	-0,1
dont autres dispositifs médicaux	0,7	0,6	0,3	0,7	0,8	1,6	+6,8
Prestations connexes à la santé	1,4	1,2	0,5	1,6	1,5	3,1	ns
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures	1,0	0,8	0,4	0,9	1,3	2,2	+7,9
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,4	0,4	0,2	0,7	0,2	0,9	ns

FPMT : forfait patientèle médecin traitant ; ns : non significatif.

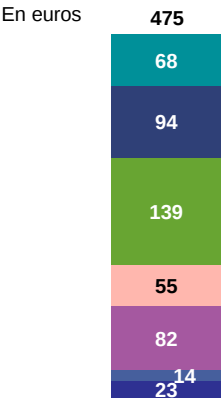
Note > Hors prestations C2S versées par les organismes. Les soins hospitaliers sont hors unités de soins de longue durée. Le poste Optique inclut les lentilles et examens. Les autres dispositifs médicaux incluent les prothèses, orthèses, pansements, etc. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : 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 2024, les OC prennent en charge 15,9 milliards d'euros de la CSBM en soins ambulatoires.

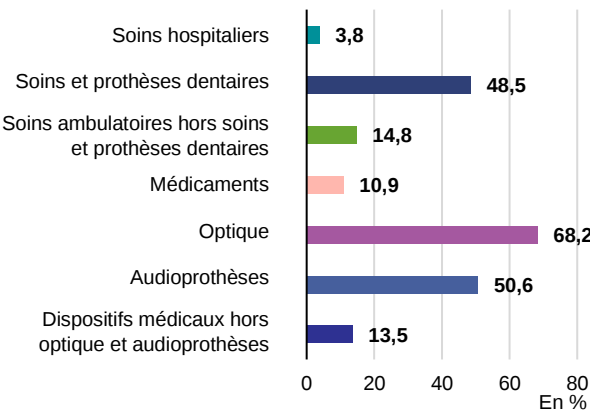
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Dépense des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM en 2024

a. Dépense financée par les organismes complémentaires en moyenne par habitant



b. Parts dans la dépense totale du poste



Lecture > En 2024, les organismes complémentaires (OC) financent en moyenne par habitant 475 euros de dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 68 euros de dépenses de soins hospitaliers. La part prise en charge par les OC représente 3,8 % de la dépense totale de soins hospitaliers en 2024.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le taux de prise en charge de la CSBM par les OC augmente en 2024, et se rapproche du niveau de la période pré-Covid-19

De 2010 à 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 d'un point, de 13,0 % en 2019 à 12,0 % l'année suivante. 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 reste quasi stable entre 2021 et 2023, puis augmente de 0,3 point en 2024, à 12,8 % de la CSBM ; elle s'approche ainsi du niveau moyen sur la période 2010-2019.

La participation des OC au financement des soins hospitaliers, très largement assuré par l'Assurance maladie, est limitée (3,8 % de ces dépenses sont financées par les OC en 2024) et est stable par rapport à 2023 (graphique 3).

Pour les soins et prothèses dentaires, le taux de prise en charge par les OC augmente, passant de 45,8 % en 2023 à 48,5 % en 2024. Ce taux dépasse pour la première fois son niveau d'avant la crise du Covid-19 (46,3 % en 2019), ainsi que son précédent point haut atteint en 2018 (47,5 %).

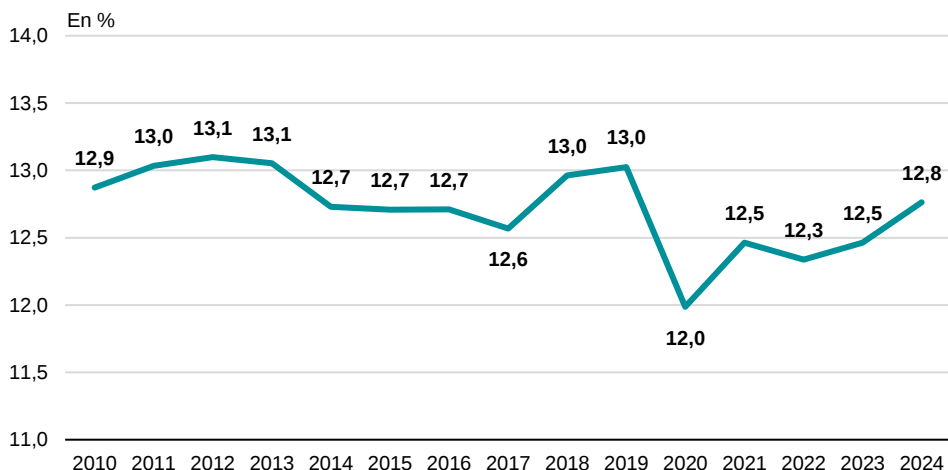
Le taux de prise en charge par les OC des soins ambulatoires autres que le dentaire (c'est-à-dire les honoraires de médecins et d'auxiliaires médicaux, la biologie et les transports médicaux) augmente en 2024 (+0,6 point) à 14,8 %. Ce taux dépasse son niveau de 2019 pour la première fois, et poursuit une tendance globale à la hausse engagée en 2017.

La part de prise en charge des médicaments est quasi-stable en 2024, à 10,9 % (après 11,0 % en 2023). Cette prise en charge a nettement baissé entre 2010 et 2021, en raison notamment des mesures successives de déremboursement¹ et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie dans la consommation totale de santé (Lapinte, *et al.*, 2024), et reste quasi stable depuis.

Dans l'optique, les OC prennent en charge 68,2 % des dépenses en 2024, soit 0,6 point de plus qu'en 2023 et 1,2 point de plus qu'en 2019. Au contraire, le taux de prise en charge des audioprothèses par les OC reste stable à 50,6 % en 2024.

Les dispositifs médicaux hors audioprothèses et optique médicale voient leurs taux de prise en charge augmenter marginalement de 0,1 point en 2024 (13,5 %). Ce taux reste cependant inférieur à son niveau de 2019 (14,1 %). ■

Graphique 2 Taux de financement de la CSBM par les organismes complémentaires



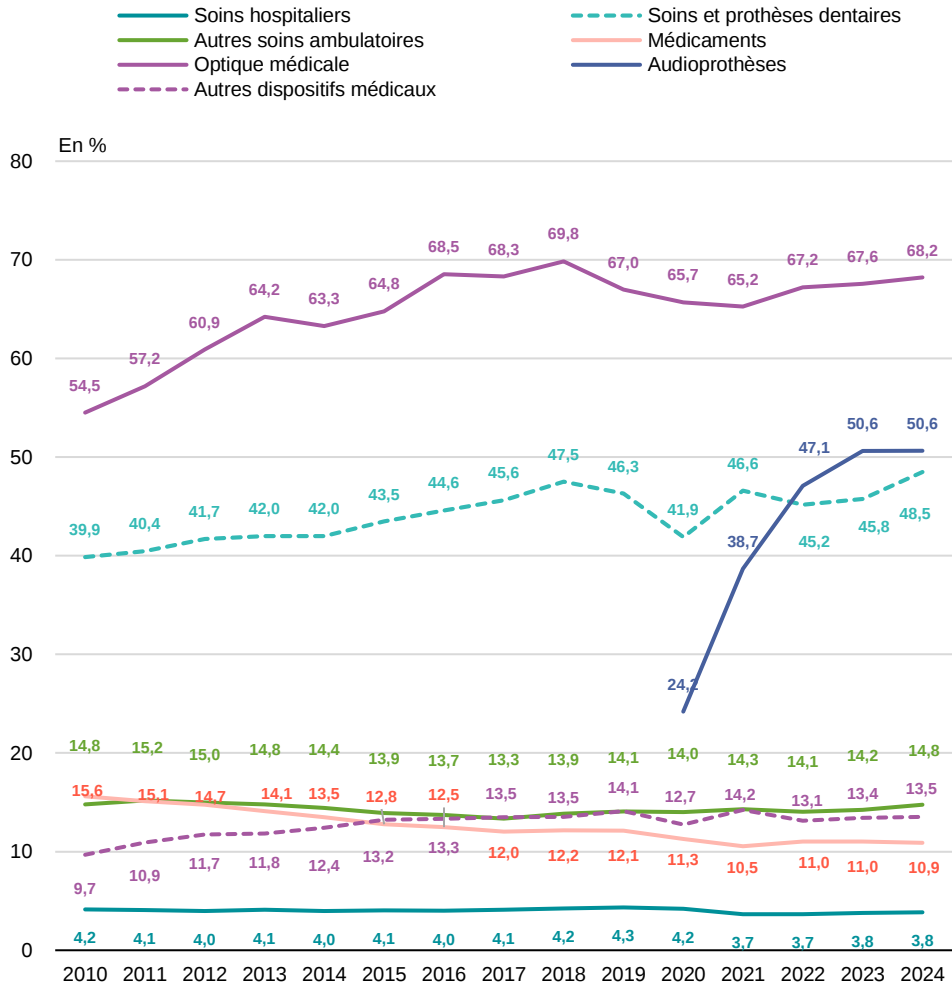
Lecture > En 2024, les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 12,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ Pour une majorité de contrats, les OC ne remboursent que les médicaments déjà partiellement remboursés par

l'Assurance maladie ; un déremboursement par l'Assurance maladie conduit donc généralement aussi à un déremboursement par les OC.

Graphique 3 Taux de financement par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM



Lecture > En 2024, les organismes complémentaires financent 48,5 % de la consommation de soins dentaires (y compris prothèses dentaires).

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.
- > Poulon, P. (2024, décembre). *Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES, rapport.

Après intervention de la Sécurité sociale, de l'État et des organismes complémentaires, le montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages s'établit à 20,0 milliards d'euros en 2024. Ce reste à charge (RAC) des ménages en santé représente 7,8 % de la CSBM. Il augmente de 0,1 point en 2024, du fait de la hausse du taux de RAC sur les soins ambulatoires (médecins, auxiliaires médicaux hors infirmières, laboratoires d'analyse et imagerie médicale) et les soins hospitaliers. Le doublement des participations des assurés (franchises et participations forfaitaires) en 2024 contribue à l'augmentation du reste à charge des ménages, l'impact croissant du dispositif des affections de longue durée contribuant à l'inverse à leur diminution.

Le reste à charge des ménages en santé augmente en 2024 de 0,1 point

En 2024, le montant total des dépenses de santé financées par les ménages sur le champ de la consommation de soins et de bien médicaux (CSBM) s'établit à 20,0 milliards d'euros ; ce reste à charge (RAC) représente 7,8 % de la CSBM (graphique 1).

Entre 2010 et 2019, le reste à charge a diminué tous les ans, de 10,1 % à 8,5 % de la CSBM. Cette diminution, d'en moyenne 0,2 point par an, s'explique principalement par la forte progression du nombre de personnes en affections de longue durée (ALD) sur cette période, notamment due au vieillissement de la population (fiche 19). En 2020, la crise sanitaire abaisse le RAC à 7,9 %. Cette baisse de 0,6 point du RAC en 2020 est due à la prise en charge par l'Assurance maladie de la plupart des dépenses exceptionnelles pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, doublée d'un changement de structure des dépenses de santé cette année (en 2020, il y a eu beaucoup moins de dépenses de santé hors soins hospitaliers, dépenses où le taux de reste à charge est en moyenne plus élevé qu'en établissement de santé). En 2021 et 2022, le RAC a légèrement augmenté, à 8,0 %, en raison du retour progressif à la structure des dépenses de santé antérieure à la crise sanitaire, et au reflux des dépenses exceptionnelles liées à la pandémie. Il diminue à nouveau en 2023 (7,7 %), avec une baisse du reste à charge à l'hôpital public (fiche 2), des prothèses dentaires (fiche 9), et des dispositifs médicaux, notamment l'optique médicale et les audio-prothèses (fiches 16 et 17).

En 2024, le taux de reste à charge augmente de 0,1 point par rapport à 2023 (de 7,7 % de la CSBM à 7,8 %). Pour les soins hospitaliers (tableau 1), il augmente de 0,2 point, mais demeure très bas, à 2,2 %

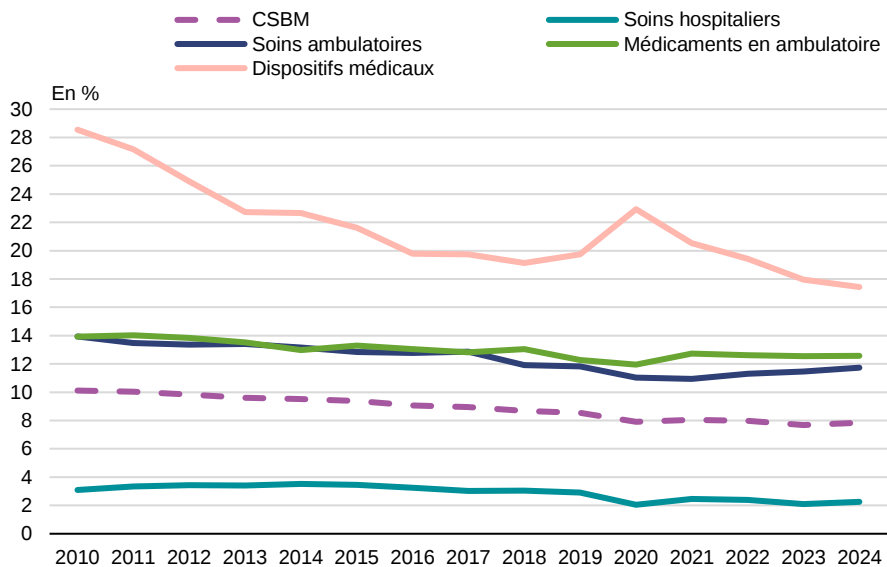
de la dépense. Cette hausse est portée par les cliniques privées, dont le RAC augmente de 0,8 point. Le taux de reste à charge pour les soins ambulatoires augmente également (+0,3 point), porté par une hausse du reste à charge pour les soins de médecins généralistes et spécialistes (fiches 4 et 5), ainsi que pour celui des auxiliaires médicaux hors infirmières (fiche 8), des laboratoires d'analyse et de l'imagerie médicale (fiches 11 et 12). À l'inverse, le taux de reste à charge pour les biens médicaux diminue de 0,8 point, du fait de la baisse sur l'optique médicale (fiche 16).

En tendance depuis 2010, le taux de reste à charge des ménages a globalement baissé pour l'ensemble des principaux postes de la CSBM. Les soins hospitaliers affichent le taux le plus faible, du fait du recours proportionnellement plus important aux soins hospitaliers des patients bénéficiant d'une prise en charge au titre d'ALD. Entre 2010 et 2024, ce taux a baissé de 0,9 point.

Le taux de reste à charge pour les soins ambulatoires a connu deux dynamiques différentes sur la période 2010-2024 : de 2010 à 2021, il a baissé progressivement, passant de 13,9 % à 10,9 %. Il est remonté depuis, pour s'établir à 11,7 % en 2024, à la faveur des récentes mesures de déremboursement des soins par les administrations publiques. Le taux de reste à charge pour les dépenses de médicaments en ambulatoire est stable depuis 2022 (12,6 %), après une légère diminution progressive entre 2010 (13,9 %) et 2021 (12,7 %).

Entre 2010 et 2015, le taux de reste à charge sur les dispositifs médicaux a diminué rapidement, passant de 28,5 % à 21,6 %. Il s'est ensuite stabilisé sur la période 2016-2019, en moyenne à 19,6 %. Après une hausse en 2020, à 22,9 %, il diminue continuellement depuis, pour s'établir à 17,4 % en 2024.

Graphique 1 Évolution de la part de reste à charge des ménages dans la CSBM



Lecture > En 2024, le reste à charge des ménages représente 7,8 % de la CSBM. Pour les soins hospitaliers, 2,2 % des dépenses sont à la charge des ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 Composition du reste à charge des ménages de 2021 à 2024

	Niveaux (en milliards d'euros)				Taux de reste à charge (en %)			
	2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
Ensemble	18,1	18,7	18,9	20,0	8,0	8,0	7,7	7,8
Soins hospitaliers	2,6	2,7	2,5	2,7	2,5	2,4	2,1	2,2
Secteur public	1,5	1,4	0,9	0,9	1,9	1,7	1,0	1,0
Secteur privé	1,1	1,2	1,5	1,8	4,6	5,0	5,9	6,7
Soins ambulatoires	7,5	8,0	8,6	9,1	10,9	11,3	11,5	11,7
Soins de médecins et de sages-femmes en cabinet libéral	1,5	1,7	1,9	2,1	7,4	8,2	8,6	9,3
Soins d'auxiliaires médicaux en cabinet libéral	3,0	3,1	3,4	3,7	16,0	16,2	16,9	17,7
Soins dentaires en cabinet libéral	1,9	2,1	2,1	2,0	15,8	17,0	16,6	15,5
Soins en centre de santé	0,3	0,4	0,4	0,4	10,2	11,3	11,9	10,3
Activités techniques et auxiliaires	0,8	0,8	0,7	0,9	5,5	4,9	4,5	5,0
Biens médicaux	8,0	8,0	7,8	8,1	15,8	15,2	14,7	14,4
Médicaments en ambulatoire	3,9	4,1	4,1	4,3	12,7	12,6	12,6	12,6
Dispositifs médicaux	4,1	3,9	3,7	3,8	20,5	19,4	18,0	17,4

Note > Le taux de reste à charge rapporte le RAC à la CSBM.
Lecture > En 2024, le reste à charge des ménages en soins hospitaliers s'établit à 2 715 millions d'euros, ce qui représente 2,2 % de la consommation de ces soins.
Source > DREES, comptes de la santé.

Le doublement des participations des assurés et la baisse du taux de remboursement des soins dentaires augmentent le RAC

Les franchises médicales attachées aux soins d'auxiliaires médicaux, aux transports sanitaires et aux médicaments ont été doublées à partir du

31 mars 2024, et celles attachées aux soins de médecins et aux activités de laboratoire le 15 mai 2024. Ainsi, sur les boîtes de médicaments, la franchise est passée de 0,50 euro à 1 euro par boîte et, sur les consultations médicales, de 1 euro à 2 euros par consultation. Ce doublement s'est traduit par une augmentation de 35,1 % des participations des assurés, passant de 1,8 milliard d'euros en 2023 à 2,5 milliards

d'euros en 2024. Parce qu'elles sont dues sur l'ensemble des soins et quasiment jamais prises en charge par les complémentaires santé (Lapinte, *et al.*, 2024), la hausse des participations des assurés a un effet sur la consommation de soins et de biens médicaux financée directement par les ménages.

Le taux de remboursement des soins dentaires a été abaissé de 70 % à 60 % à partir du 15 octobre 2023. Ainsi, en 2024, le ticket modérateur non exonéré sur ces soins augmente de 27,1 %, et les remboursements par l'Assurance maladie diminuent (fiche 9). Néanmoins, une partie est prise en charge par les complémentaires santé (fiche 20), de sorte que l'effet sur le reste à charge final des ménages est inférieur à celui du doublement des participations des assurés.

En 2024, le reste à charge s'élève en moyenne à 292 euros par habitant

Rapporté à la population française, le reste à charge représente en moyenne 292 euros par habitant en 2024 (graphique 2), contre 276 euros en 2023. Il augmente ainsi de 5,8 %, plus rapidement que l'inflation (+2,0 % entre 2023 et 2024). Cette

moyenne cache toutefois de grandes disparités de reste à charge selon l'âge ou l'état de santé (Bonnet, Fauchon, 2025), ou encore le département (Bithorel, Reduron, 2023).

Les soins ambulatoires constituent le poste de santé le plus financé par les ménages : 133 euros par habitant, soit 46 % de leurs dépenses de santé directes. Relativement aux dépenses de soins ambulatoires totales, ce financement en représente 12 %. Les ménages financent ensuite 40 euros de soins hospitaliers par habitant, soit 14 % des dépenses de santé qu'ils supportent directement, mais ceux-ci ne représentent que 2 % de la dépense totale de soins hospitaliers. Ils financent enfin 13 % de la dépense totale de médicaments en ambulatoire, soit 63 euros par habitant, qui représentent 22 % du RAC, et 17 % de la dépense totale de dispositifs médicaux (55 euros, soit 19 % du RAC).

Ainsi, les ménages dépensent le plus pour les soins ambulatoires, mais contribuent le plus au financement des dispositifs médicaux. ■

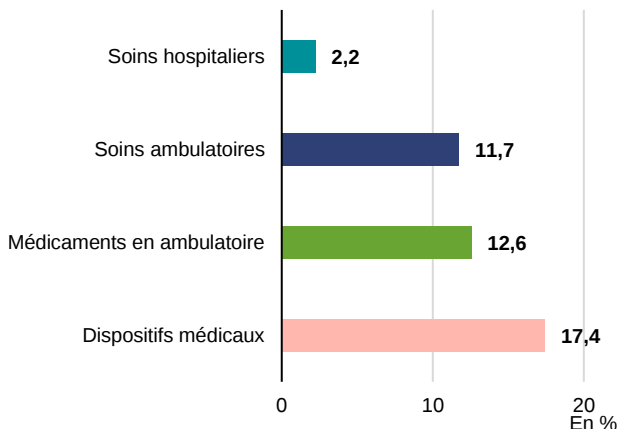
Graphique 2 Montant moyen de reste à charge par habitant et part de reste à charge par composante en 2024

a. Reste à charge par habitant

En euros



b. Part dans la dépense totale du poste



Lecture > En 2024, le reste à charge des ménages représente 2,2 % du total de la consommation de soins hospitaliers, soit une dépense de 40 euros en moyenne par habitant.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Bithorel, P.-L., Reduron, V. (2023, mai). Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? DREES, *Études et Résultats*, 1265.
- > Bonnet, O., Fauchon, B. (2025, août). Dépenses de santé : un taux d'effort progressif chez les actifs, plus faible chez les retraités aisés et très élevé pour certains ménages modestes. DREES, *Études et Résultats*, 1345.
- > 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

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 333 milliards d'euros en 2024, en hausse de 3,6 % par rapport à 2023. Les deux principales composantes de la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et les soins de longue durée (SLD), évoluent à un rythme similaire, respectivement +3,7 % et +3,4 %. Après deux années de repli, les dépenses de prévention augmentent à nouveau (+0,9 %). Le taux de reste à charge des ménages est plus élevé sur la DCSi (10,2 %) que sur la CSBM (7,8 %), car son niveau est structurellement élevé sur les SLD (26,5%). Sur les dix dernières années, la part de la DCSi financée par les ménages a diminué de 1,8 point.

La dépense courante de santé représente 11,4 % du PIB en 2024

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 333 milliards d'euros en 2024 (tableau 1). Elle augmente de 3,6 % par rapport à 2023, soit un taux de croissance proche de celui observé l'année précédente (+3,4 % en 2023 par rapport à 2022) [graphique 1]. Ce taux est supérieur à celui observé avant la crise du Covid-19 (+1,8 % par an en moyenne entre 2014 et 2019).

Depuis plusieurs années, ce taux d'évolution était minoré par la baisse des dépenses de prévention (fiche 23), après leur pic pendant la crise du Covid-19. Après une diminution de -26,3 % en 2023, celles-ci reviennent à une évolution plus mesurée, et plus proche de celle des autres composantes de la DCSi (+0,9 %). En 2024, la prévention contribue à nouveau positivement à la DCSi (graphique 1).

Les deux principales composantes de la DCSi, la consommation de soins et de biens médicaux

(CSBM) et les soins de longue durée (SLD), évoluent à un rythme similaire (respectivement +3,7 % et +3,4 %). Les dépenses de gestion du système de santé (fiche 24) forment la composante de la DCSi dont la hausse est la plus marquée (+4,9 %). Néanmoins, elles contribuent peu à la croissance de la DCSi, car leur poids dans cet agrégat est très faible.

Les deux principales composantes de la DCSi représentent 92 % de la DCSi en 2024 : 77 % pour la CSBM et 16 % pour les SLD. La prévention ne pèse que 3 % des dépenses en 2024 ; après un pic en 2021 (à 6 %), sa part est revenue depuis 2023 à son niveau d'avant-pandémie. Les dépenses de gestion du système de santé s'établissent à 16,1 milliards d'euros, soit 5 % de la DCSi.

La part de la DCSi dans le PIB a beaucoup augmenté durant la crise sanitaire, en raison d'une forte hausse des dépenses mais également de la contraction de l'activité. En 2024, elle se stabilise à 11,4 %. Ce niveau est comparable, mais légèrement plus élevé, que celui d'avant la crise (11,2 % en moyenne entre 2014 et 2019).

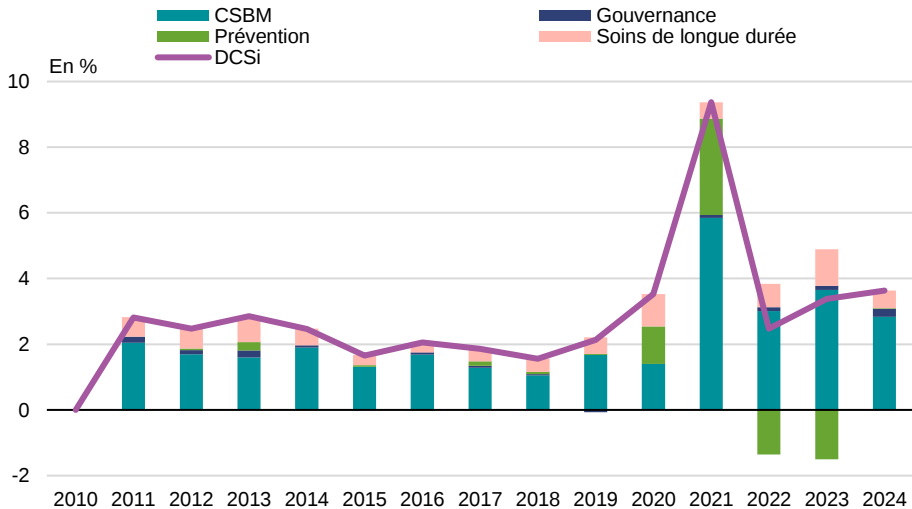
Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) entre 2014 et 2024

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)
Dépense courante de santé au sens international (en millions d'euros)	244 092	277 008	302 969	310 473	320 983	332 640	3,6
Consommation de soins et de biens médicaux	187 564	209 031	225 219	234 349	245 707	254 796	3,7
Hors consommation de soins et de biens médicaux	56 528	67 977	77 750	76 123	75 275	77 844	3,4
Soins de longue durée	35 982	43 488	44 886	47 049	50 498	52 208	3,4
Prévention	5 611	9 339	17 455	13 330	8 657	8 731	0,9
Gouvernance	14 935	15 150	15 408	15 744	16 120	16 905	4,9
DCSi (en % du PIB)	11,3	11,9	12,1	11,7	11,4	11,4	

Lecture > En 2024, la dépense courante de santé au sens international s'élève à 333 milliards d'euros, soit 11,4 % du PIB. Elle augmente de 3,6 % par rapport à 2023.

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

Graphique 1 Taux de croissance de la DCSi et contribution de ses principales composantes à la croissance



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins de longue durée sont à nouveau très dynamiques en 2024

Les soins de longue durée (SLD) sont constitués :

- De soins et biens médicaux, lorsque leur but est palliatif (atténuer autant que possible la douleur et la dégradation de l'état de santé) plutôt que curatif ou réhabilitatif comme pour les soins et biens médicaux comptabilisés dans la CSBM ;
- De prestations médico-sociales liées à la perte d'autonomie, essentiellement les aides à la vie quotidienne, définies comme les aides aux activités indispensables à la vie sociale et à l'hygiène (se lever, s'habiller, se nourrir, etc.)¹. La DCSi comptabilise les aides elles-mêmes, mais aussi les prestations monétaires permettant aux ménages de les financer ou de les cofinancer (comme l'allocation personnalisée d'autonomie [APA]).
- De l'activité des établissements spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les dépenses de SLD s'établissent à 52,2 milliards d'euros en 2024 (*tableau 1*), soit 16 % de la DCSi. Ces soins s'adressent principalement à trois publics (*tableau 2*) : les personnes en situation de handicap (15,2 milliards d'euros²), les personnes âgées en perte d'autonomie et en fin de vie (35,9 milliards d'euros) et les personnes souffrant d'une addiction (1,0 milliard d'euros).

Les dépenses en faveur des personnes en situation de handicap (adultes et enfants) recouvrent :

- Les soins infirmiers et de kinésithérapie à domicile, dispensés par des professionnels libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ou en services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) ;
- La prestation de compensation du handicap (PCH), qui finance des aides à la vie quotidienne de personnes handicapées vivant à leur domicile ou en établissement ;
- Les soins et aides aux établissements spécialisés, comme les établissements d'accueil médicalisés (EAM), les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) ou les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (Ueros).

Les dépenses en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie suivent une typologie similaire à celle du handicap :

- Les soins infirmiers et de kinésithérapie à domicile, dispensés par des professionnels libéraux ou des Ssiad ;
- les dépenses d'hébergement et de soins en établissements médicalisés, principalement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les unités de soins de longue durée (USLD) ;
- Les aides à la vie quotidienne, financées par l'APA ou directement pour les ménages. L'APA peut être versée à des personnes résidant en établissement ou à leur domicile.

¹ Les aides pour l'accomplissement des activités domestiques (courses, ménages, préparation des repas) ne sont pas comptabilisées dans la DCSi.

² Les dépenses en faveur des adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée sont révisées à la baisse par

rapport à l'édition 2024 des comptes de la santé. Pour l'année 2023, elles étaient estimées à 16,2 milliards d'euros (+7,7 % par rapport à 2022) et dans cette édition à 14,5 milliards d'euros (+7,0 % par rapport à 2022).

La majorité de ces dépenses relèvent des Ehpad (30,3 milliards d'euros) et des USLD (1,5 milliard d'euros).

Les dépenses de lutte contre la toxicomanie et la dépendance à l'alcool sont principalement composées de soins en ambulatoire, via l'activité des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Elles retracent aussi des prises en charge en hébergement temporaire, notamment au sein des appartements de coordination thérapeutique.

En 2024, les dépenses de SLD pour ces publics augmentent (tableau 2) : +5,4 % pour le handicap, +2,4 % pour la perte d'autonomie et +9,3 % pour la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme.

Les deux principaux lieux de réalisation des SLD sont les établissements médico-sociaux et le domicile des patients (tableau 3). En 2024, les soins aux patients hébergés représentent 76,7 % des dépenses, et les soins à domicile 19,9 %. Les soins en ambulatoire et les soins de jour sont plus minoritaires en montants de DCSi.

Les dépenses de prévention augmentent à nouveau en 2024

Les dépenses de prévention (fiche 23) s'élèvent à 8,7 milliards d'euros en 2024. Après deux années de forte baisse induite par le reflux de l'épidémie

de Covid-19, ces dépenses repartent à la hausse en 2024 par rapport à 2023 (+0,9 %). Entre 2014 et 2019, elles avaient augmenté de 2 % par an en moyenne.

La moitié de ce montant relève des organismes de prévention, principalement les fonds nationaux de prévention, les organismes privés de prévention ou les agences nationales comme l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Les pharmacies représentent 15 % des dépenses. La part des pharmacies s'est accrue en 2022 avec l'extension de leur compétence vaccinale ; elles réalisent également des dépistages de maladies.

Les dépenses de gestion du système de santé accélèrent en 2024

Les dépenses de gestion du système de santé (fiche 24) s'établissent à 16,9 milliards d'euros en 2024, en hausse de 4,9 % par rapport à 2023. Les organismes complémentaires représentent plus de la moitié des dépenses de gestion (52 %), une part nettement supérieure à celle de leur prise en charge de la CSBM, des SLD et de la prévention. La part des administrations publiques (48 %) se décompose en 41 % pour les organismes de Sécurité sociale et 7 % pour le fonctionnement du ministère de la Santé et de ses opérateurs, notamment les agences régionales de santé.

Tableau 2 Dépenses de soins de longue durée par public entre 2021 et 2024

	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)
Ensemble des soins de longue durée (en millions d'euros)	44 886	47 049	50 498	52 208	3,4
Personnes en situation de handicap	12 279	13 554	14 504	15 286	5,4
Personnes âgées en perte d'autonomie	31 795	32 651	35 093	35 938	2,4
Lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme	812	843	901	985	9,3

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Dépenses de soins de longue durée par prise en charge entre 2021 et 2024

	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)
Ensemble des soins de longue durée (en millions d'euros)	44 886	47 049	50 498	52 208	3,4
Soins aux patients hébergés	35 917	37 035	38 983	40 077	2,8
Soins de jour	93	102	104	107	2,7
Soins en ambulatoire	1 238	1 536	1 600	1 668	4,2
Soins à domicile	7 639	8 375	9 811	10 357	5,6

Source > DREES, comptes de la santé.

Le taux de reste à charge est plus élevé sur la DCSi que sur la CSBM

La structure du financement est très hétérogène selon les composantes de la DCSi (tableau 4). La Sécurité sociale finance moins de la moitié de la prévention (43,1 % en 2024), mais 78,7 % de la CSBM

et 61,1 % des SLD. Globalement, elle finance près des trois quarts de la DCSi (73,1 %). Ses frais de gestion représentent 2,9 % de son financement de la DCSi (graphique 2). L'État, les opérateurs publics et les collectivités locales ne financent qu'une part marginale de la CSBM (0,7 %). Elles interviennent

davantage dans le financement des SLD (12,2 %), principalement en raison du financement par les départements de la PCH et l'APA. Elles sont un financeur majeur de la prévention (27,2 %) *via* des programmes publics de prévention institutionnelle. Globalement, l'État, les opérateurs publics et les collectivités locales financent 3,5 % de la DCSi.

Les entreprises privées interviennent principalement au travers de leurs contributions aux services de prévention et de santé au travail et de leur participation à la prévention des risques professionnels. À ce titre, elles financent un quart de la prévention (25,7 %) et, au global, 0,7 % de la DCSi.

Les organismes complémentaires sont le second financeur de la DCSi (12,5 % de la dépense), principalement par la prise en charge de soins et de biens médicaux ; leur contribution à la prévention et aux SLD reste minoritaire. Leurs frais de gestion représentent 21,0 % de leur financement de la DCSi (*graphique 2*).

Enfin, le reste à charge payé directement par les ménages s'établit à 10,2 % de la DCSi. Il est élevé sur les SLD (26,5%), ce qui explique que le taux de reste à charge est plus élevé sur la DCSi (10,2 %) que sur la CSBM (7,8 %). Les SLD représentent plus d'un tiers du reste à charge des ménages.

Tableau 4 Structure du financement de la DCSi entre 2014 et 2024

	En %					
	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Ensemble de la DCSi (100 %)						
Sécurité sociale	70,6	71,9	73,9	73,8	73,4	73,1
Administrations publiques centrales et locales	4,0	4,9	3,2	3,1	3,5	3,5
Organismes complémentaires	12,6	11,9	11,9	12,0	12,2	12,5
Entreprises privées	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Ménages	12,0	10,6	10,3	10,4	10,2	10,2
Consommation de soins et de biens médicaux (77 %)						
Sécurité sociale	76,0	77,3	78,6	79,0	79,1	78,7
Administrations publiques centrales et locales	1,8	2,8	0,9	0,7	0,7	0,7
Organismes complémentaires	12,7	12,0	12,5	12,3	12,5	12,8
Ménages	9,5	7,9	8,0	8,0	7,7	7,8
Soins de longue durée (16 %)						
Sécurité sociale	59,0	61,0	61,4	61,2	60,6	61,1
Administrations publiques centrales et locales	9,7	9,7	9,7	10,4	11,8	12,2
Organismes complémentaires	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Ménages	31,1	29,2	28,7	28,4	27,5	26,5
Prévention (3 %)						
Sécurité sociale	26,4	47,9	72,8	64,3	45,0	43,1
Administrations publiques centrales et locales	36,9	27,8	12,1	15,3	25,9	27,2
Organismes complémentaires	1,6	1,6	1,6	2,2	2,9	2,9
Entreprises privées	32,1	22,1	12,5	17,0	25,8	25,7
Ménages	3,0	0,6	1,1	1,3	0,5	1,0
Gestion du système de santé (5 %)						
Sécurité sociale	48,3	43,0	42,8	42,7	41,7	41,4
Administrations publiques centrales et locales	6,3	6,7	7,3	7,1	7,0	6,9
Organismes complémentaires	45,4	50,3	49,9	50,2	51,3	51,7

Note > Par convention, les dépenses de gestion sont financées par le secteur auxquels sont rattachés les frais. Le financement des dépenses de gestion des organismes complémentaires (OC) est ainsi attribué aux OC eux-mêmes.

Lecture > En 2024, la Sécurité sociale finance 73,1 % de l'ensemble de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Sur le seul champ des soins de longue durée (SLD), la Sécurité sociale finance 61,1 % des dépenses. Les SLD représentent 16 % de la DCSi en 2024 (chiffre indiqué entre parenthèses en colonne 1).

Source > DREES, comptes de la santé.

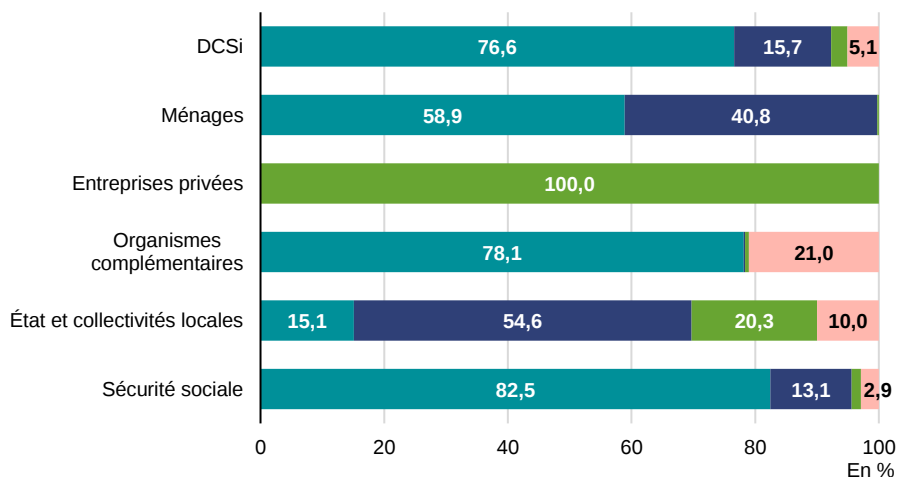
Le reste à charge des ménages sur la DCSi baisse historiquement

Depuis dix ans, le taux de reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue régulièrement ; il est ainsi de 1,8 point plus bas en 2024 (10,2 %) qu'en 2014 (12,0 %). Entre 2014 et 2019, il a baissé de 0,1 point par an en moyenne, pour at-

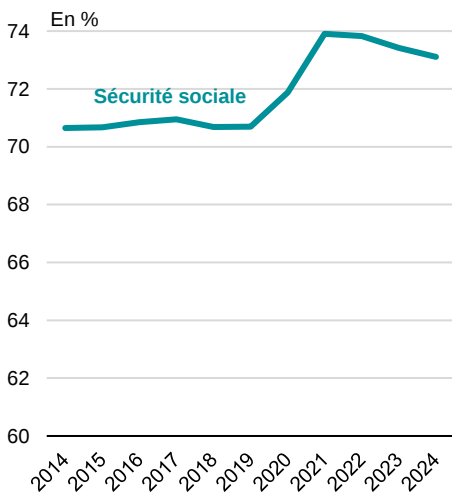
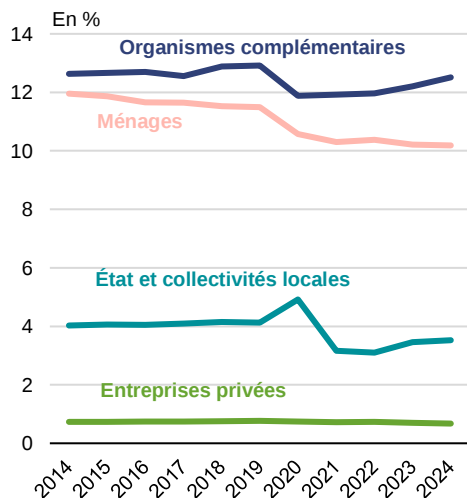
teindre 11,5 % en 2019 (*graphique 3*). Après la parenthèse de la crise sanitaire (chute nette en 2020 en raison du poids pris par les dépenses publiques), il ne retrouve pas son niveau d'avant-Covid (10,4 %). Il diminue légèrement en 2023, puis se stabilise en 2024. Cette tendance historique est due à la diminution du reste à charge sur la CSBM (-2 points sur dix ans) et sur les SLD (-5 points). ■

Graphique 2 Structure de la dépense des financeurs de la DCSi en 2024

■ Consommation de soins et de biens médicaux ■ Soins de longue durée ■ Prévention ■ Gouvernance



Lecture > En 2024, 13,1 % des dépenses de la Sécurité sociale sur le champ de la DCSi financent les soins de longue durée.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution du financement de la DCSi**a. Par la Sécurité sociale****b. Par les autres financeurs**

Lecture > En 2024, la Sécurité sociale finance 73,1 % de la DCSi et les ménages 10,2 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2025, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2024, prévisions 2025*.

> **System of Health Accounts (SHA)**. Plus d'informations sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

En 2024, les dépenses de prévention s'établissent à 8,7 milliards d'euros, soit 2,6 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Après deux années de forte baisse avec le reflux de l'épidémie de Covid-19 (-35 % en 2023, -24 % en 2022), les dépenses de prévention augmentent de 1 % en 2024. Si les organismes de prévention sont le premier contributeur aux dépenses de prévention, la part des pharmacies atteint 15 % en 2024 par suite de l'extension de leur compétence vaccinale adoptée en 2022. L'Assurance maladie reste encore en 2024 le principal financeur des dépenses de prévention (43 %) ; la part de l'État et des collectivités locales augmente en 2024 et s'établit à 27 %. Les ménages financent 1 % de ces dépenses.

Les dépenses de prévention repartent à la hausse en 2024

La prévention vise à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et maladies, leurs conséquences ou leurs complications. Cette catégorie inclut principalement des dépenses finançant des fonds ou des campagnes, nationaux ou territoriaux, publics ou privés (médecine scolaire, médecine du travail, subventions au Planning familial, etc.). Elle inclut aussi les consultations chez le médecin qui sont spécifiquement identifiées comme de la prévention (examens de santé dans le cadre de bilans de routine par exemple) [annexe 1].

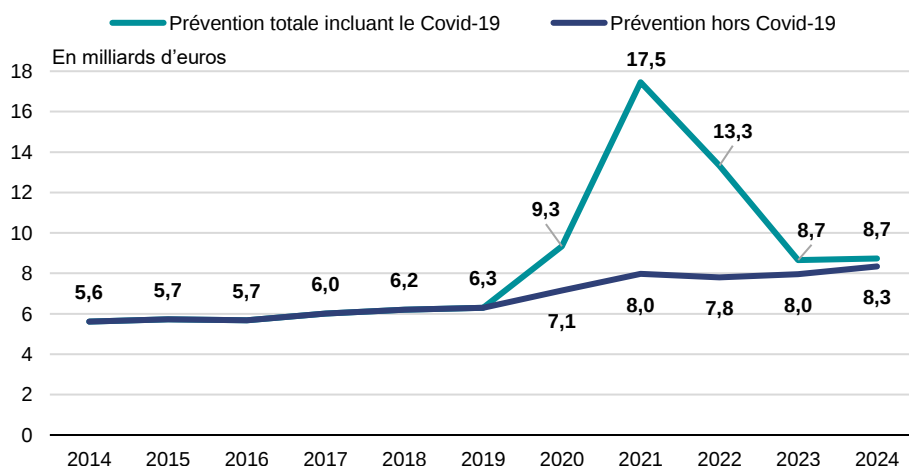
En 2024, les dépenses de prévention s'établissent à 8,7 milliards d'euros, soit 2,6 % de la DCSi. Elles ont beaucoup reflué depuis leur sommet atteint durant la crise sanitaire : en 2021, elles s'étaient établies à 17,5 milliards d'euros. Entre 2014 et 2019, les

dépenses de prévention avaient augmenté de 2 % par an en moyenne (*graphique 1*).

En 2022 et 2023, le recul de l'épidémie de Covid-19 a provoqué une nette diminution des dépenses de prévention (-50 %). Sur cette période, les dépenses de prévention liées au Covid-19 passent de 9,5 à 0,7 milliard d'euros.

En 2024, les dépenses de prévention augmentent de 0,9 %. Les dépenses liées au Covid-19 poursuivent leur baisse (-44 %), et ne représentent plus que 4,5 % des dépenses de prévention en 2024 (*tableau 1*). Hors dépenses liées au Covid-19, les dépenses de prévention augmentent de 4,8 %, pour atteindre 8,3 milliards d'euros. Les dépenses de prévention en protection maternelle et infantile (PMI) augmentent de 8,7 % et celles relatives à la prévention au travail (médecine du travail, prévention des risques professionnels) de 4,2 %.

Graphique 1 Montant des dépenses annuelles de prévention



Note > Les dépenses de prévention liées au Covid-19 recouvrent les tests de dépistage et la vaccination contre le Covid-19.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 Dépenses de prévention entre 2014 et 2024

En millions d'euros

	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	922	1 038	1 104	1 164	1 254	1 315	4,9
Lutte contre les addictions	73	77	83	100	117	120	1,9
Médecine scolaire	531	552	594	596	650	669	3,0
Autres dépenses	318	409	427	468	487	527	8,2
Programmes d'immunisation	803	866	4 274	2 323	1 529	1 494	-2,3
Vaccination Covid-19	0	0	3 273	1 381	351	268	-23,7
Vaccination hors Covid-19	803	866	1 001	942	1 178	1 226	4,1
Programmes de détection précoce des maladies	296	2 587	7 029	4 889	864	608	-29,7
Dépistage d'autres pathologies	197	260	675	591	344	342	-0,6
Dépistage des tumeurs	100	135	150	148	170	142	-16,2
Dépistage du Covid-19	0	2 192	6 204	4 150	350	123	-64,9
Programmes de surveillance de l'état de santé	3 226	3 738	4 305	4 394	4 472	4 719	5,5
Prévention au travail	2 096	2 424	2 562	2 633	2 567	2 676	4,2
Protection maternelle et infantile (PMI)	816	878	832	846	922	1 003	8,7
Autres dépenses	314	435	911	915	982	1 041	6,0
Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	314	241	257	298	318	331	4,2
Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	50	868	487	262	221	263	19,2
Ensemble de la prévention	5 611	9 339	17 455	13 330	8 657	8 731	0,9

Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes de prévention contribuent pour moitié aux dépenses de prévention

En 2024, les organismes de prévention contribuent pour 50 % (*graphique 2*). Ceux-ci regroupent principalement les fonds nationaux de prévention, les opérateurs, les organismes privés de prévention ou les agences nationales (Anses, Anact).

Ensuite, les centres de santé assurant de la prévention (lutte contre les addictions, planning familial) et les pharmacies (fournisseurs des tests de dépistage et des vaccins) contribuent à hauteur de 14 %. La contribution des pharmacies augmente par rapport à 2019 à la suite de l'extension de leur champ de compétence vaccinal¹.

La contribution des laboratoires est en baisse par rapport au niveau atteint durant la crise sanitaire et

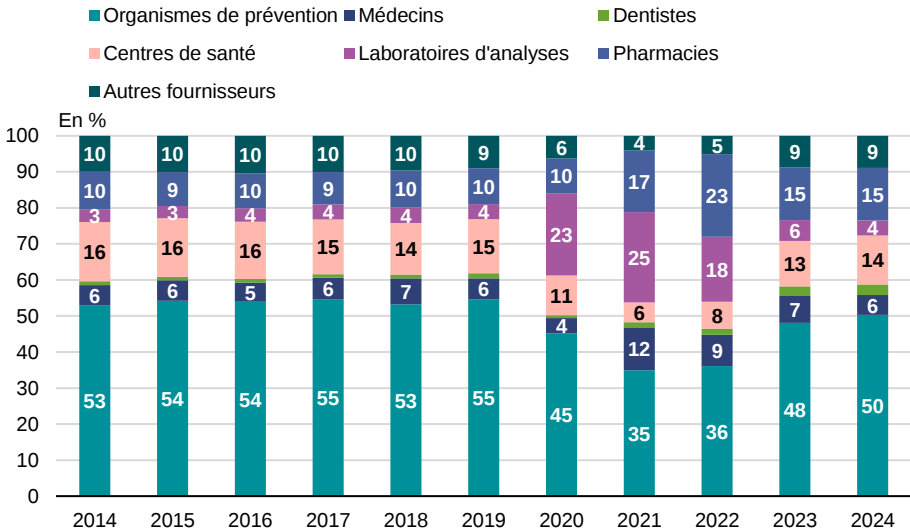
retrouve son niveau antérieur à la crise sanitaire : 4 % des dépenses en 2024.

Les organismes de prévention sont les seuls fournisseurs de prévention au titre de la surveillance épidémiologique et de préparation aux programmes d'intervention en cas d'urgence (*graphique 3*), et contribuent pour 66 % aux dépenses sur les programmes de surveillance de l'état de santé. Les dépenses de médecine scolaire contribuent pour 51 % aux dépenses d'information, d'éducation et de conseil.

Les pharmacies contribuent à hauteur de 77 % des dépenses d'immunisation, et les laboratoires à hauteur de 60 % des dépenses de dépistage. Les médecins participent à hauteur de 21 % aux programmes de dépistage, principalement pour les actions de dépistage des tumeurs.

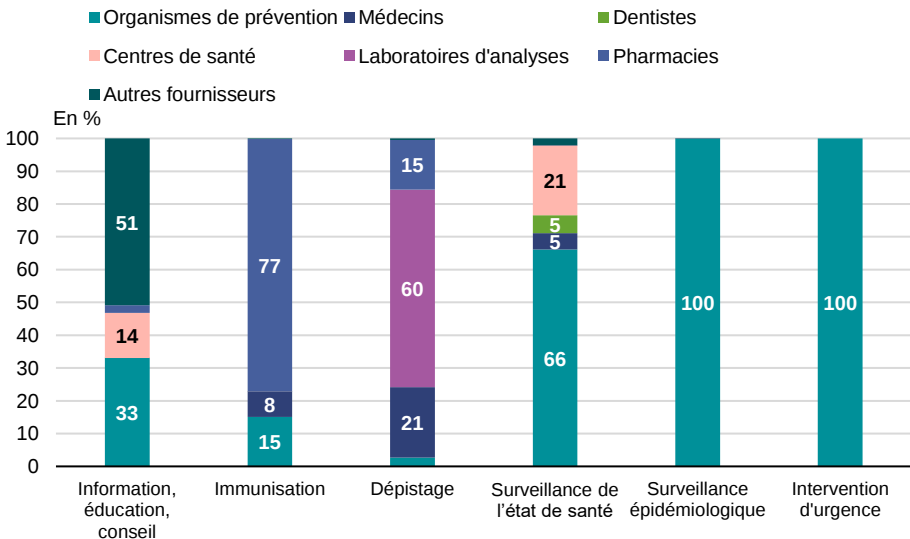
¹ Vaccination contre la grippe saisonnière depuis 2019, contre le Covid-19 depuis mars 2021 et contre 14 mala-

dies (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, papillomavirus, pneumocoques, hépatites, méningocoques, rage) depuis mars 2022.

Graphique 2 Répartition des dépenses de prévention par fournisseur

Note > Les organismes de prévention comprennent principalement les fonds nationaux de prévention (FNPAT, FNPEIS, FNPEISA), les opérateurs (SpF, INCa, ANSM, ABM) et les organismes privés de prévention (OPPBTP, SPST). Les centres de santé fournissant de la prévention incluent principalement les centres de protection maternelle et infantile, ainsi que l'activité de prévention des centres de lutte contre les addictions. Les autres contributeurs correspondent aux coûts des médecins et infirmiers en médecine scolaire.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Répartition des dépenses de prévention par fournisseur et par secteur en 2024

Note > Les organismes de prévention comprennent principalement les fonds nationaux de prévention (FNPAT, FNPEIS, FNPEISA), les opérateurs (SpF, INCa, ANSM, ABM) et les organismes privés de prévention (OPPBTP, SPST). Les centres de santé fournissant de la prévention incluent principalement les centres de protection maternelle et infantile, ainsi que l'activité de prévention des centres de lutte contre les addictions. Les autres fournisseurs correspondent aux coûts des médecins et infirmiers en médecine scolaire.

Source > DREES, comptes de la santé.

L'Assurance maladie reste le principal financeur des dépenses de prévention

La crise sanitaire a modifié la structure de financement des dépenses de prévention. 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*). Entre 2022 et 2024, la diminution des dépenses de lutte contre le Covid-19 a entraîné le recul de cette part de 30 points de pourcentage.

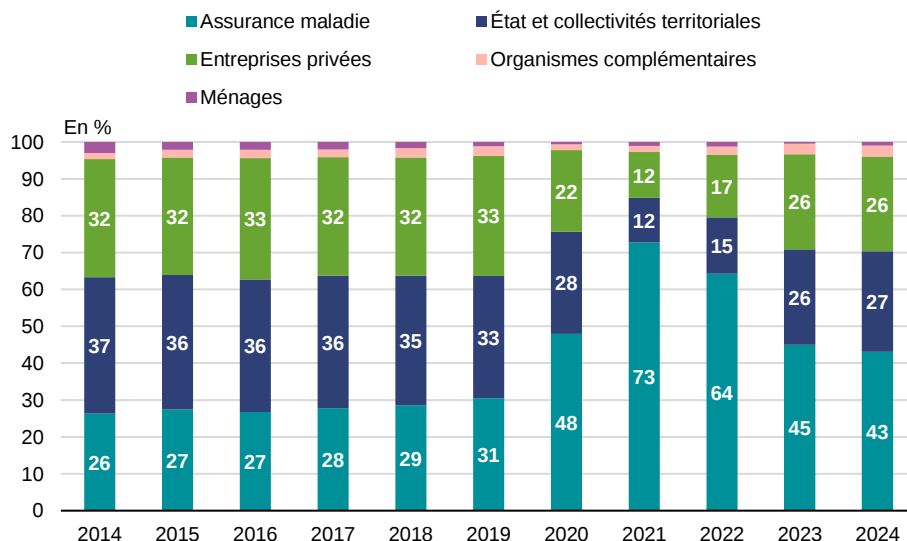
La structure globale de financement des dépenses de prévention en 2024 est similaire à celle de 2023, mais un peu différente de celle antérieure à la crise sanitaire. Ainsi, l'Assurance maladie reste le principal financeur des dépenses de prévention (43 %) malgré la baisse continue des dépenses liées au Covid-19. La part financée par l'État et les collectivités territoriales s'élève à 27 % (+1,3 point par rapport à 2023), tandis que les entreprises privées financent 26 % des dépenses. Enfin, le financement

par les ménages représente, en 2024, 1 % de la dépense de prévention, soit 0,1 milliard d'euros. Il est composé essentiellement des autotests achetés sans prescription, non pris en charge par l'Assurance maladie.

La structure de financement des dépenses de prévention varie fortement avec le secteur de dépenses de prévention (*graphique 5*). L'État et les collectivités locales financent 74 % des programmes d'information, d'éducation et de conseil, notamment à travers la médecine scolaire (51 % des dépenses du secteur, 68 % des dépenses du financeur dans ce secteur). L'administration centrale, au titre des programmes de veille sanitaire (+29 % en 2024), finance également 68 % des opérations de préparation de programmes d'intervention d'urgence.

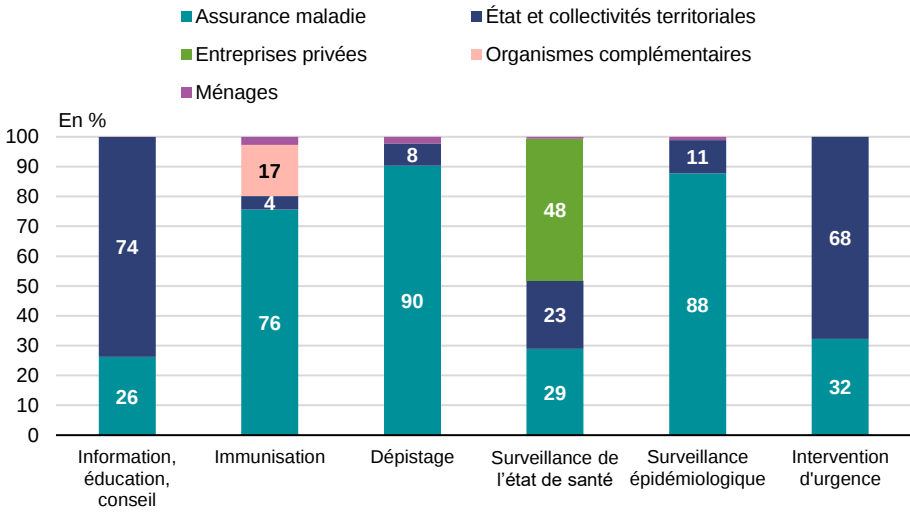
La prise en charge par les entreprises privées au titre de la surveillance de l'état de santé s'élève à 2,2 milliards d'euros en 2024 ; elle correspond aux dépenses de prévention au travail (médecine du travail, prévention des risques professionnels). Les organismes complémentaires participent, quant à eux, au financement des vaccins hors Covid-19. ■

Graphique 4 Répartition des dépenses de prévention par financeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 5 Répartition des dépenses de prévention par financeur et par secteur en 2024



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, les dépenses de gestion du système de santé s'élèvent à 16,9 milliards d'euros, soit 5,1 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles augmentent de nouveau (+4,9 %, après +2,4 % en 2023). Les organismes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires contribuent à ces augmentations. Pour les organismes de Sécurité sociale, les dépenses de gestion augmentent notamment en raison des revalorisations salariales prises dans un contexte d'inflation élevée.

Depuis la crise sanitaire, les dépenses de gestion du système de santé accélèrent

Les dépenses de gestion du système de santé sont évaluées à 16,9 milliards d'euros en 2024, en hausse de 4,9 % par rapport à 2023 (tableau 1). Elles représentent 5,1 % de la DCSi. Ces dépenses comprennent les frais de gestion :

- des régimes de Sécurité sociale (41 %) ;
- des organismes complémentaires (OC) : mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, au titre de leur activité en santé (52 %) ;
- du budget de fonctionnement du ministère chargé de la santé, y compris les agences régionales de santé (6 %) ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (1 %).

Entre 2010 et 2014, les dépenses de gestion augmentent régulièrement (+2,4 % par an en moyenne), portées par la croissance de celles des organismes complémentaires, qui contribuent à la majorité de la hausse (graphique 1).

Les années suivantes, la croissance ralentit entre 2014 et 2020 (+0,3 % en moyenne annuelle). La

poursuite de la croissance des frais de gestion des organismes complémentaires (+2,2 % en moyenne annuelle) est compensée par une baisse de ceux des régimes de Sécurité sociale (-1,7 % en moyenne annuelle) du fait des réductions d'effectifs et des efforts de gestion dans le cadre des conventions d'objectif et de gestion (COG) au cours de la période.

Avec la crise sanitaire, les dépenses de gestion rebondissent à partir de 2021 (+1,7 % en 2021 et +2,2 % en 2022). Les frais de gestion des organismes de Sécurité sociale repartent à la hausse, à la faveur de la signature d'un avenant à la COG 2018-2022 de la Caisse nationale de l'Assurance maladie pour prendre en compte les nouvelles dépenses liées à la crise sanitaire.

Les dépenses de gestion augmentent de 2,4 % en 2023, et accélèrent à +4,9 % en 2024. En 2023, cette croissance est portée exclusivement par les organismes complémentaires, et majoritairement par les entreprises d'assurance, dont les charges de gestion augmentent de 7 %. Cette augmentation des charges de gestion des OC se prolonge en 2024 (+12 % pour les entreprises d'assurance en 2024), mais les régimes de Sécurité sociale contribuent également à cette hausse : leurs charges de gestion progressent de 3,9 % en 2024.

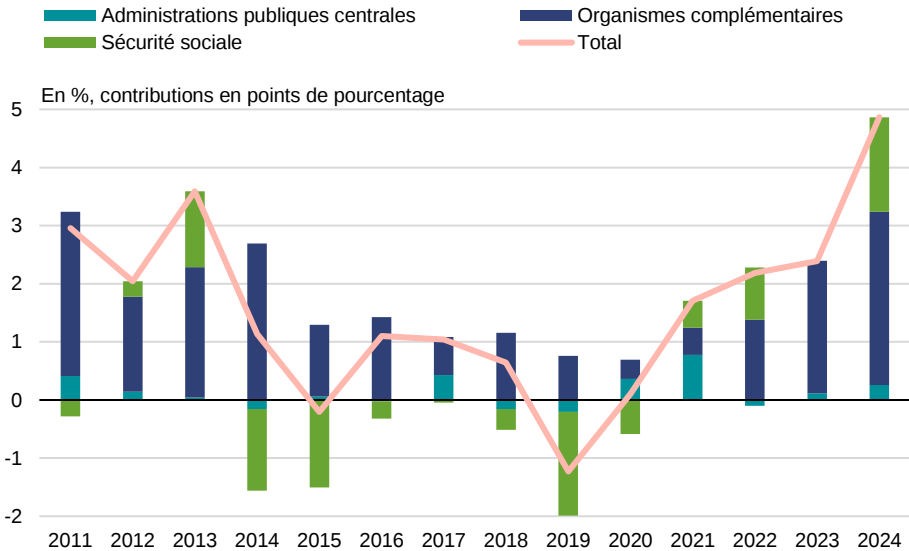
Tableau 1 Dépenses de gestion du système de santé

En millions d'euros								
	2014	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2024 (en %)	Structure 2024 (en %)
Sécurité sociale	7 214	6 520	6 590	6 729	6 728	6 990	3,9	41,4
Organismes complémentaires	6 784	7 621	7 692	7 905	8 263	8 744	5,8	51,7
Mutuelles	3 472	3 696	3 687	3 775	3 876	3 934	1,5	23,3
Institutions de prévoyance	875	978	960	1 008	1 046	1 068	2,1	6,3
Entreprises d'assurance	2 437	2 947	3 045	3 122	3 341	3 742	12,0	22,1
Administrations publiques centrales	938	1 008	1 126	1 111	1 129	1 171	3,7	6,9
État	831	849	966	954	956	968	1,3	5,7
Opérateurs publics	107	160	159	156	173	203	16,7	1,2
Ensemble	14 935	15 150	15 408	15 744	16 120	16 905	4,9	100,0

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 Sécurité sociale (CNAM, etc.).

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des dépenses de gestion et principales contributions à la croissance



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2024, les dépenses de gestion des organismes complémentaires et de la Sécurité sociale sont en hausse

Les dépenses de gestion des OC ne sont pas directement comparables à ceux des régimes de base, car ces acteurs n'ont pas les mêmes rôles et ne réalisent pas exactement les mêmes tâches (Lapinte, *et al.*, 2024). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer des attestations de couverture par la complémentaire santé solidaire [C2S] ou des admissions en affection de longue durée [ALD] par exemple). Par ailleurs, les régimes de base effectuent souvent un premier traitement administratif des demandes de remboursement – et peuvent recevoir en première instance des feuilles de soins papier, plus coûteuses à traiter que les feuilles électroniques – avant de les transmettre sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires.

Les OC, quant à eux, font face à des coûts de publicité, pour acquérir de nouveaux clients. Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.).

En 2024, les dépenses de gestion des différents régimes de Sécurité sociale augmentent après une stagnation (+3,9 % après +0,0 % en 2023), pour atteindre 7,0 milliards d'euros. De 2010 à 2019, ils étaient orientés à la baisse (-1,1 % par an en moyenne), tandis qu'ils repartent à la hausse depuis

la crise sanitaire (+1,1 % en moyenne annuelle de 2019 à 2024).

Ces dépenses sont composées des charges de personnel et des autres charges de gestion courante des différents régimes ; les charges liées à la délivrance des indemnités journalières sont par convention exclues du champ (*annexe 1*).

Les dépenses de gestion des administrations publiques centrales accélèrent en 2024, +3,7 % après +1,7 % en 2023 et s'établissent à 1,1 milliard d'euros. La plus grande partie de ces coûts sont portés par l'État (1,0 milliard d'euros), mais l'augmentation est principalement portée par les frais de gestion des opérateurs publics (0,2 milliard d'euros en 2024).

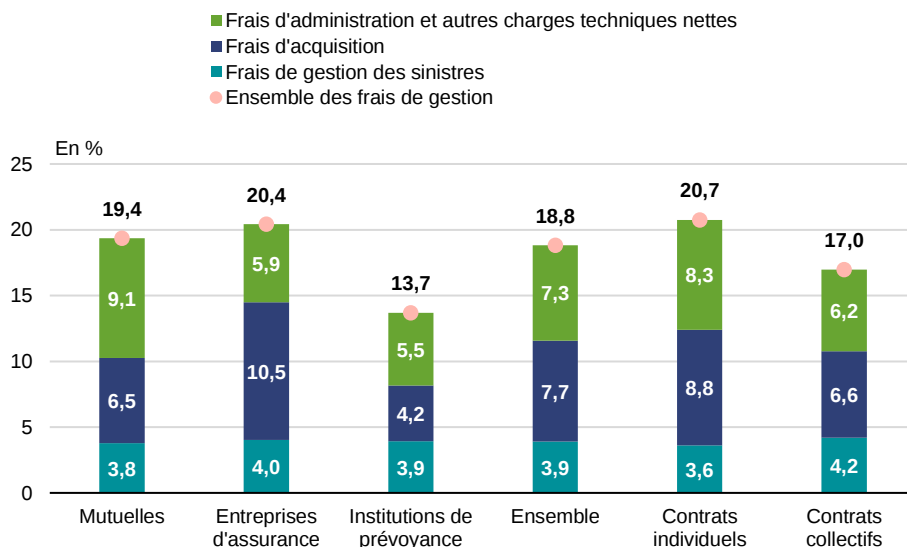
Les dépenses de gestion des OC augmentent tendanciellement : entre 2014 et 2024, ils ont progressé de 2,6 % par an en moyenne. En 2024, ils s'établissent à 8,7 milliards d'euros en 2024 : 3,9 milliards d'euros pour les mutuelles, 3,7 milliards pour les entreprises d'assurance et 1,2 milliard pour les institutions de prévoyance.

Les dépenses de gestion des OC sont de trois sortes (Poulon, 2024) : les frais de gestion des sinistres correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des demandes de remboursement), les frais d'acquisition sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de pu-

blicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'administration et autres charges techniques nettes retracent la gestion courante des contrats et des systèmes d'information (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.). Les contrats collectifs (souscrits par une personne morale au bénéfice d'un ensemble de personnes) ont globalement des coûts de gestion réduits (*graphique 2*), en raison des économies d'échelle permises par l'interlocuteur unique qu'est l'entreprise souscriptrice. Les institutions de

prévoyance, spécialisées en contrats collectifs, présentent donc les coûts de gestion les plus faibles, en part des cotisations. *A contrario*, les entreprises d'assurance ont les coûts de gestion les plus élevés en part de leurs cotisations, du fait notamment de frais d'acquisition sensiblement plus élevés que ceux des autres organismes complémentaires. Les mutuelles ont, quant à elles, des frais d'administration plus importants.

Graphique 2 Part des dépenses de gestion en santé dans les cotisations hors taxes perçues en santé par les organismes complémentaires, en 2024, selon leur nature



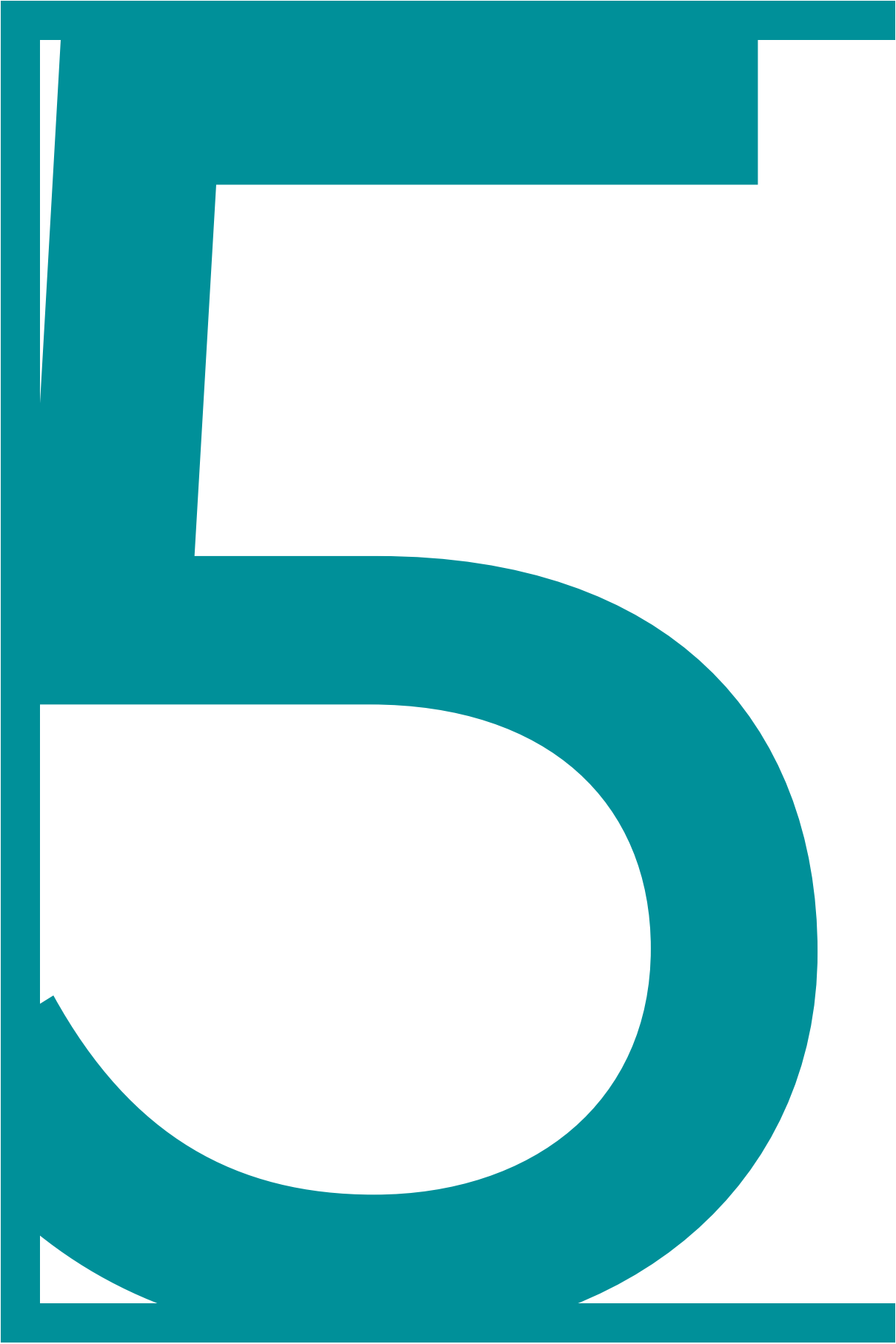
Note > Les frais de gestion sont définis comme la somme des frais de gestion des sinistres, des frais d'acquisition et des frais d'administration et autres charges techniques nettes. Les subventions d'exploitation ne sont pas retirées ici.

Lecture > En 2024, les frais de gestion des sinistres représentent 3,8 % des cotisations collectées en santé (frais de soins) pour les mutuelles.

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.
- > Poulon, P. (2024, décembre). *Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES, rapport.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Les indemnités journalières (IJ) versées par les régimes de base augmentent de 6,2 % en 2024, à 21,4 milliards d'euros. La crise sanitaire avait induit une importante augmentation des IJ en raison des indemnités liées au Covid-19 (5,2 milliards d'euros au total de 2020 à 2023). En 2024, les IJ maladie hors Covid-19 progressent de nouveau fortement : +7,0 % après +5,6 % en 2023. En complément des régimes de base de sécurité sociale, les organismes complémentaires versent 7,4 milliards d'euros de compléments d'indemnités journalières en 2024, soit 7,2 % de plus qu'en 2023.

La Sécurité sociale a versé 21,4 milliards d'euros d'indemnités journalières en 2024

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 elles 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).

En 2024, les IJ versées par la Sécurité sociale s'élèvent à 21,3 milliards d'euros (*tableau 1*), dont 57 % au titre de la maladie (soit 12,1 milliards d'euros), 25 % pour les accidents du travail-maladies professionnelles (5,3 milliards d'euros) et 18 % pour les congés maternité et paternité (3,9 milliards d'euros).

Une forte augmentation des indemnités journalières durant la crise sanitaire

Entre 2014 et 2019, avant la crise sanitaire, les IJ augmentaient de 3,2 % en moyenne par an, malgré une inflation limitée sur la période (+0,8 % en moyenne par an). Les montants d'IJ ont fortement augmenté au déclenchement de la crise sanitaire liée au Covid-19 (+20,0 % en 2020) et se maintiennent à des niveaux élevés depuis. Le champ des IJ

est élargi à cette occasion, avec la mise en place de mesures temporaires et dérogatoires destinées à couvrir les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle ou les assurés considérés particulièrement à risque ou ceux vivant avec des personnes vulnérables.

Les évolutions particulièrement heurtées des IJ entre 2020 et 2023 sont le reflet de l'intensité de l'épidémie. En particulier, les années 2020 (2,4 milliards d'euros d'IJ liées au Covid-19²) et 2022 (1,8 milliard d'euros) sont marquées respectivement par la première vague de l'épidémie et par la reprise de l'épidémie liée à l'apparition du variant Omicron. En 2023, dernière année concernée par des mesures dérogatoires³, les IJ liées au Covid-19 ne représentent plus que 0,1 milliard d'euros.

Les IJ augmentent nettement depuis la crise, même hors IJ liées au Covid-19

La pandémie n'explique cependant pas l'intégralité de la croissance des IJ. Même hors indemnités liées au Covid-19, les IJ augmentent nettement depuis 2019 : +5,8 % en moyenne entre 2019 et 2023, +6,8 % en 2024 (contre +3,2 % en moyenne avant crise entre 2014 et 2019).

Au cours de cette période, de nouvelles mesures soutiennent les dépenses d'IJ hors Covid-19. Le versement des IJ a ainsi 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. Par ailleurs, l'allongement de la durée du congé paternité accroît les IJ maternité-paternité.

¹ Dans la fonction publique, l'employeur maintient directement le salaire des agents fonctionnaires, sans que cette dépense soit identifiée spécifiquement. Ces dépenses ne sont donc pas comptabilisées dans cette fiche.

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 des professions libérales (à l'exception des avocats), qui bénéficiaient 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).

Hors indemnités liées au Covid-19, les IJ maladie augmentent à un rythme plus élevé qu'avant l'épidémie : +6,6 % en moyenne par an entre 2019 et 2024, contre +3,7 % entre 2014 et 2019 (*graphique 2*). En 2024, les dépenses d'IJ maladie sont ainsi supérieures de 38 % à leur niveau de 2019.

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 tirée par l'inflation et ses effets haussiers sur les salaires, en particulier à travers les augmentations successives du smic¹. En effet, les revalorisations du smic augmentent les salaires et donc le montant des IJ, indexé sur les salaires ; les IJ augmentent également sous l'effet du relèvement du plafond du salaire pris en compte pour le calcul des IJ².

Sur longue période, la dynamique des IJ, maladie en particulier, est liée à plusieurs facteurs (Colinot, Debeugny, 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).

Les deux autres composantes des IJ (AT-MP et IJ maternité-paternité) ont également fortement augmenté depuis 2019. Entre 2019 et 2024, les indemnités pour accidents du travail-maladies professionnelles augmentent de 7,2 % en moyenne (contre +5,2 % entre 2014 et 2019).

Après avoir été soutenues, en 2021 et 2022, par l'allongement du congé de paternité³, les dépenses d'IJ maternité-paternité sont de nouveau freinées par la baisse du nombre de naissances⁴. En 2024, les IJ maternité-paternité augmentent de 0,5 % (après -1,0 % en 2023).

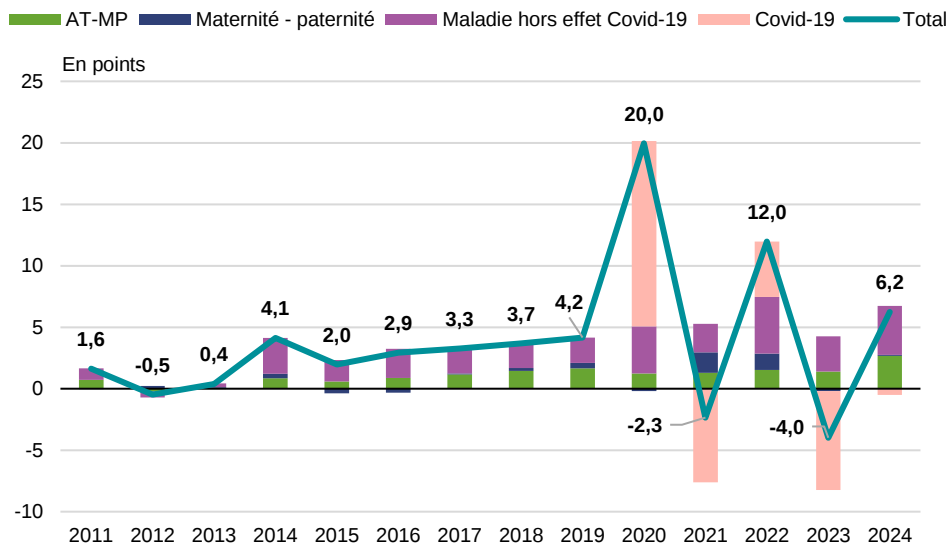
Tableau 1 Indemnités journalières versées par les régimes de base

	En milliards d'euros					
	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Maladie	7,4	11,8	10,8	12,5	11,4	12,1
dont indemnités hors Covid-19	7,4	9,4	9,9	10,7	11,3	12,1
dont indemnités liées au Covid-19		2,4	0,9	1,8	0,1	
Accidents du travail-maladies professionnelles	2,9	3,9	4,2	4,5	4,8	5,3
Maternité-paternité	3,3	3,3	3,6	3,9	3,8	3,9
Ensemble	13,6	19,1	18,7	20,9	20,1	21,3
Évolution (en %)	4,1	20,0	-2,3	12,0	-4,0	6,2
Ensemble hors liées au Covid-19	13,6	16,7	17,7	19,1	20,0	21,3
Évolution (en %)	4,1	4,9	6,0	7,9	4,4	6,8

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Source > CNAM, DSS ; calculs DREES.

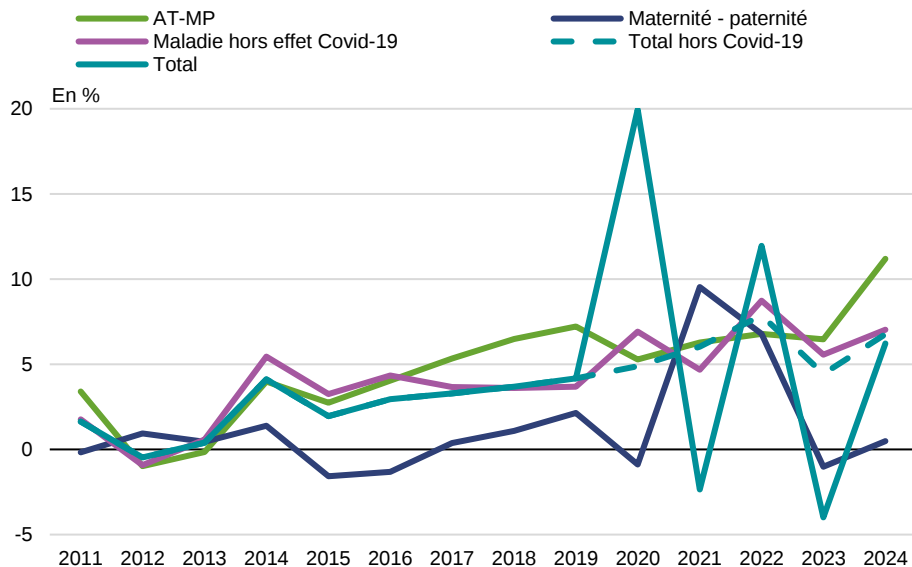
¹ Le smic a été revalorisé de 14,9 % entre 2019 et 2023, le smic horaire brut étant passé de 10,03 euros au 1^{er} janvier 2019 à 11,52 euros à partir du 1^{er} mai 2023.
² Le montant journalier des IJ de base est plafonné à 1,8 fois le montant du smic en vigueur lors du mois précédant l'arrêt.
³ Depuis le 1^{er} juillet 2021, la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est doublée : en prenant en compte le congé de naissance de trois jours rémunérés

par l'employeur, la durée totale du congé paternité s'élève à 28 jours, contre 14 jours auparavant. En cas de naissances multiples, la durée est portée à 35 jours contre 21 auparavant.
⁴ Baisse du nombre de naissance de 2,1 % en moyenne entre 2014 et 2024 (source : Insee, statistiques et estimations d'état civil.)

Graphique 1 Évolution des indemnités journalières des régimes de base et contributions à la 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 2024

En 2024, les compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance – augmentent de 7,2 % (après +2,6 % en 2023), à 7,4 milliards d'euros (tableau 2).

Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), les mutuelles sont le premier acteur parmi les organismes complémentaires ; néanmoins, pour les IJ, elles représentent 8 % des versements des OC, tandis que les entreprises d'assurance versent 61 % du montant. Cette structure de financement par famille d'OC est globalement stable ces dernières années. ■

Tableau 2 Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires

	En milliards d'euros					
	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Mutuelles	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6
Entreprises d'assurance	3,5	4,0	3,9	3,9	4,1	4,6
Institutions de prévoyance	1,6	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3
Ensemble	5,6	6,7	6,6	6,8	6,9	7,4
Évolution (en %)		12,2	-0,7	1,8	2,6	7,2

Champ > Organismes complémentaires contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année.
Source > États comptables et prudentiels collectés par l'ACPR auprès des organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2025). Les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie : vers un système plus juste, plus lisible et plus efficient. Dans *Propositions de l'Assurance Maladie pour 2026*, chapitre 3.
- > **Colinot, N., Debeugny, G., Pollak, C.** (2024, décembre). Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019. CNAM, DREES, *Études et Résultats*, 1321.
- > **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** (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.
- > **Rapports d'évaluation des politiques de Sécurité sociale 2024** (2025). Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie, Fiche 2.12.1. Dans Annexe 1, *Maladie*.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

En 2024, la DCSi augmente de 6,5 % en valeur en moyenne dans l'UE-27 ; en France, elle augmente un peu moins (+3,6 %). Relativement au PIB, elle est en hausse dans la majorité des pays de l'OCDE (+0,3 point dans l'UE). En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent l'équivalent de 17,2 % de leur PIB à la DCSi en 2024, contre 11,4 % en France. En tenant compte des différences de prix existant entre pays pour la santé, les DCSi française et américaine s'élèvent à 4 910 et 6 120 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) santé par habitant en 2024, chaque euro PPA correspondant à un « euro français ». En Europe, c'est en Allemagne que la DCSi par habitant est la plus élevée. Les soins courants, qui incluent hôpital et soins de ville, représentent la moitié de la dépense de santé en moyenne dans l'UE-27, ainsi qu'en France. Les biens médicaux (notamment les médicaments) constituent une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches.

Le System of Health Accounts (SHA)¹ 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). 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.

En 2024, la DCSi progresse à un rythme plus soutenu qu'en moyenne entre 2010 et 2019

Cette fiche s'appuie sur des estimations provisoires et des projections de la DCSi pour l'année 2024. De nombreux pays de l'OCDE ont fourni des estimations d'évolution de la DCSi en 2024 ; pour la France, les chiffres de cette fiche sont ceux de la fiche 22 de ce panorama. Pour les pays qui n'ont pas fourni d'estimations provisoires², l'OCDE estime économétriquement l'évolution 2024.

En 2024, les dépenses de santé augmentent dans tous les pays de l'UE-27

En 2024, en valeur – c'est-à-dire mesurée en euros courants –, la DCSi a augmenté en moyenne de 6,5 % dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) [graphique 1]. Elle augmente dans tous les pays de la zone, plus ou moins fortement selon les régions. La croissance est particulièrement marquée dans certains pays de l'est de l'Europe : +25,6 % en Pologne, +20,3 % en Slovaquie. Dans

le reste de l'Europe, la DCSi augmente, mais de façon plus modérée : de +2,0 % en Grèce à +10,4 % au Luxembourg. Avec + 3,6 % en 2024, la France a l'un des taux de croissance de la DCSi les plus modérés d'Europe, derrière le Danemark (+4,0 %) et l'Allemagne (+7,4 %) et devant l'Italie (+3,3 %). Hors UE, la DCSi en valeur croît de 9,7 % en Islande et de 9,4 % au Royaume-Uni.

La progression de la DCSi en 2024 est supérieure à la progression moyenne annuelle entre 2010 et 2019 dans l'UE-27 (+2,8 %), ainsi que dans la plupart des pays étudiés.

Après avoir stagné entre 2010 et 2019, la part des dépenses dans le PIB augmente en 2024 en Europe

Relativement au produit intérieur brut (PIB), la DCSi augmente de 0,3 point dans l'UE-27 en 2024, de 10,0 % à 10,3 %. Entre 2010 et 2019, la DCSi est restée globalement inchangée dans l'UE-27, avant d'augmenter fortement durant la crise sanitaire.

En 2024, la DCSi augmente ou reste stable dans la quasi-totalité des pays de l'UE-27, à l'exception notamment de la Lituanie (-0,4 point) et du Danemark (-0,1 point). En Allemagne, la DCSi augmente de 0,5 point. Au contraire, la DCSi est stable en France, en Suède et en Italie (graphique 2).

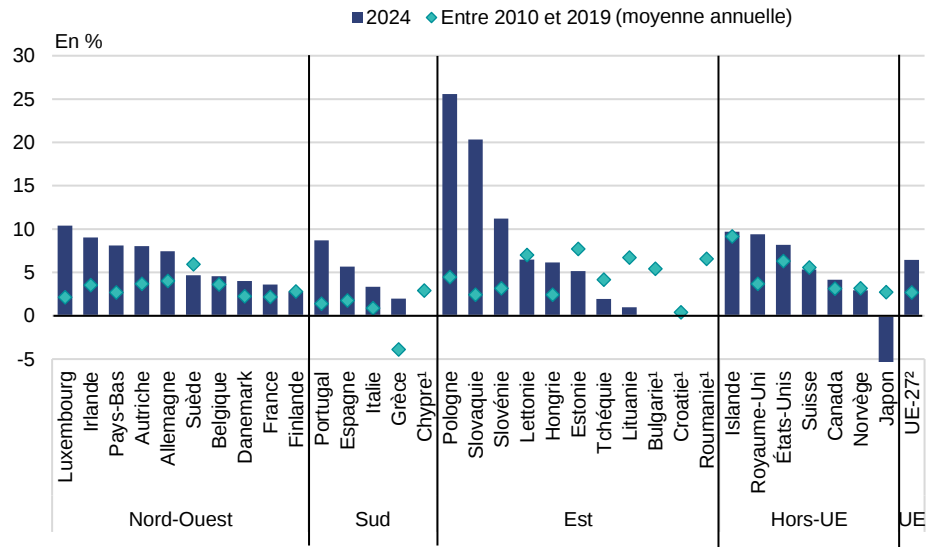
En France, comme en moyenne au sein de l'UE-27, la part de la DCSi dans le PIB n'a pas varié entre 2010 et 2019. Quelques pays s'écartent de cette tendance générale : en Suède, la part de la DCSi dans le PIB a augmenté de 0,3 point par an en moyenne sur la période, tandis qu'elle a baissé de 0,4 point par an en moyenne en Irlande.

¹ 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].

² Notamment la Belgique, la Grèce, l'Espagne, la Finlande, le Japon, les États-Unis, et la Norvège.

Graphique 1 Évolution de la DCSi en valeur



1. Données manquantes en 2024.

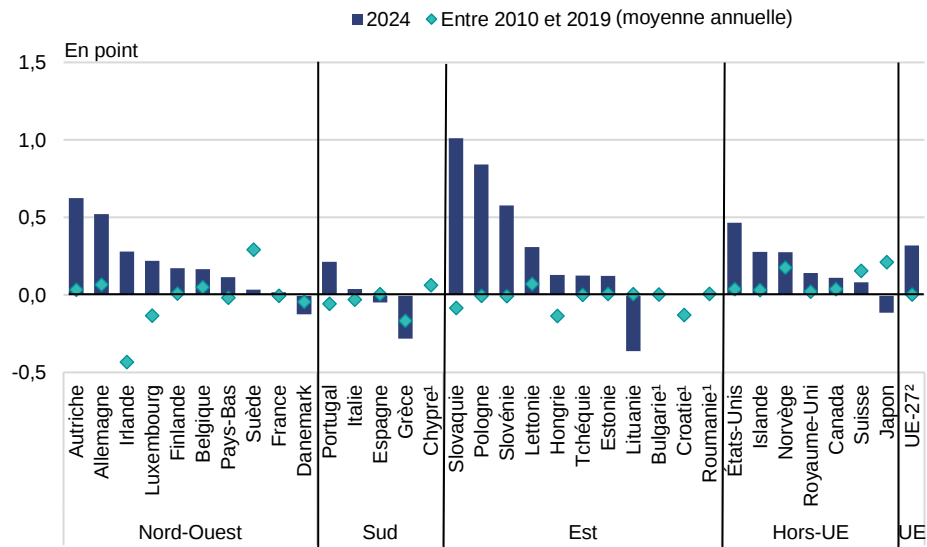
2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > Les évolutions présentées sont celles de la DCSi mesurée en euros courants.

Lecture > En France, la DCSi en valeur augmente de 3,3 % en 2024. Elle a augmenté en moyenne de 2,2 % 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



1. Données manquantes en 2024.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note > La variation présentée entre 2010 et 2019 est la variation moyenne annuelle sur la période.

Lecture > En France, la DCSi en part du PIB est restée constante en 2024.

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 pour la santé environ 25 % 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 17,2 % de leur PIB en 2024, les États-Unis sont largement en tête des pays de l'OCDE (*graphique 3*). L'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,3 % de son PIB pour la santé, juste devant l'Autriche (11,8 %) et la France (11,4 %). En 2024, les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 10,3 % de leur PIB aux dépenses de santé. Les pays du nord, de l'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 (6,9 %) et du Luxembourg (5,9 %), ces pays consacrent plus de 8 % de leur PIB pour la DCSi. En Europe de l'Est, seules la Slovaquie (9,9 %), la Tchéquie (8,5 %), la Slovaquie (8,4 %) et la Pologne (8,1 %) dépassent ce seuil.

En tenant compte des différences de pouvoir d'achat, l'Allemagne présente les dépenses par habitant les plus élevées de l'UE-27

Pour comparer les dépenses moyennes de santé par personne, on peut rapporter la DCSi au nombre d'habitants. Il convient également 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. 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.

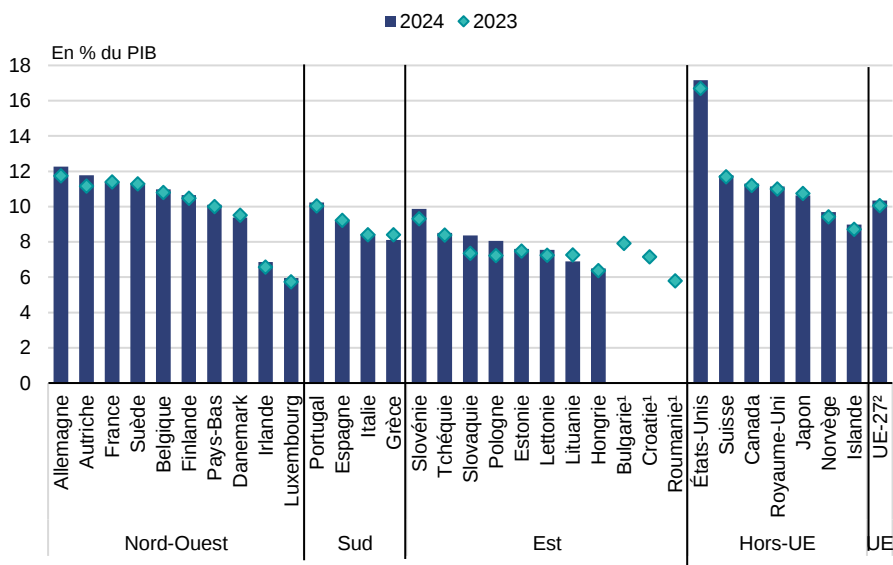
En moyenne, en 2024, les pays de l'UE-27 consacrent 3 780 euros PPA santé par habitant aux dépenses de santé (*graphique 4*). Les dépenses par habitant sont particulièrement élevées en Europe de l'Ouest et dans les pays étudiés en dehors de l'Union européenne : cela s'explique en grande partie par les 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, est le pays de l'UE-27 où la DCSi par habitant est la plus élevée, avec 5 620 euros PPA santé par habitant en 2024. La France arrive en seconde position, avec 4 910 euros PPA santé par habitant.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi par tête est la plus élevée : en 2024, elle atteint 6 120 euros PPA santé par habitant, soit 25 % de plus qu'en France.

La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, se retrouve en 3^e position parmi les pays étudiés, avec une dépense par tête de 4 970 euros PPA santé.

À l'inverse, la Tchéquie présente des prix de santé parmi les plus faibles d'Europe et se classe au 5^e rang des pays étudiés, avec 4 860 euros PPA santé en 2024 – une moyenne proche de celles du Danemark (4 670 euros) et de la Belgique (4 090 euros), et bien au-dessus de celles des autres pays d'Europe de l'Est (de 2 530 à 3 470 euros).

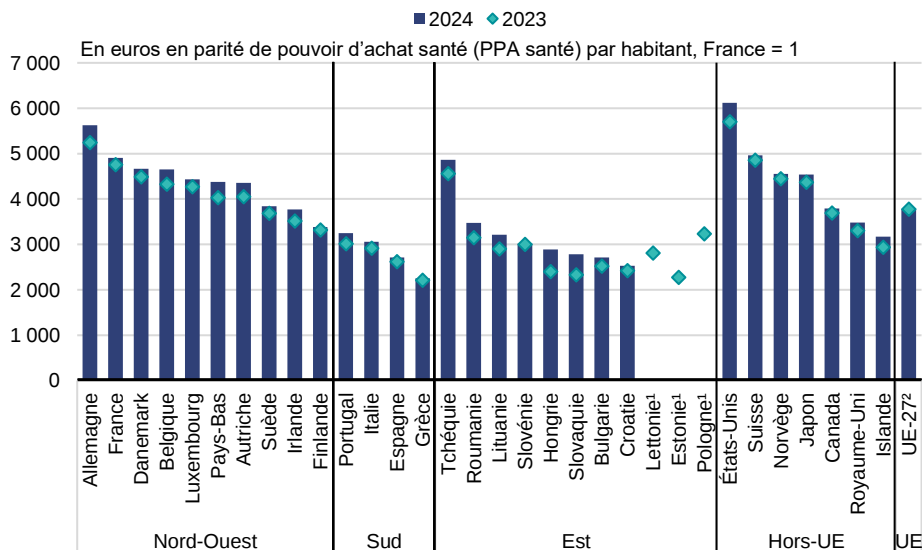
Graphique 3 DCSi en 2023 et 2024

1. Données manquantes en 2024.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, la DCSi représente 11,4 % du PIB en 2023 et en 2024.

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 2023 et 2024

1. Données manquantes en 2024.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, la DCSi représente 4 760 euros PPA santé par habitant en 2023 et 4 910 euros en 2024.

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 la DCSi selon la fonction de la dépense varie fortement d'un pays à l'autre

Des dépenses de santé d'abord dédiées aux soins hospitaliers et de ville

Les soins courants constituent le principal poste de dépenses de santé dans la totalité des pays étudiés. Dans les pays de l'UE-27, ils représentent en moyenne 51 % de la DCSi en 2023, avec des disparités entre pays : de 46 % en Allemagne à 65 % au Portugal ou à Chypre. Hors UE, les soins courants atteignent jusqu'à 67 % de la DCSi aux États-Unis.

La répartition de ces dépenses entre soins de ville et hôpital varie fortement entre pays. Les dépenses consacrées aux soins de ville sont élevées au Danemark (38 %), au Portugal (37 %) et en Finlande (36 %). À l'inverse, la France y consacre une plus faible part de sa DCSi (19 %), au profit des soins à l'hôpital (30 %) [fiche 28]. Aux États-Unis, les soins hospitaliers représentent 38 % de la DCSi et les soins de ville 29 % (graphique 5).

Les biens médicaux (médicaments et dispositifs) forment la deuxième grande catégorie des dépenses de santé. Leur part, et notamment celle des médicaments, 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 des dépenses de santé, la part des biens médicaux varie de 17 % de la DCSi en Estonie et en Pologne à 33 % en Bulgarie ; dans le sud de l'Europe, elle varie de 17 % au Portugal à 29 % en Grèce. Parmi les pays du nord-ouest de l'Europe, les biens médicaux représentent 10 % de la DCSi aux Pays-Bas, 18 % en Allemagne et 19 % en France. Cette différence s'explique en partie par le fait que les prix des médicaments étant relativement homogènes entre les pays (OCDE, 2023), la dépense consacrée à ces produits représente une proportion plus importante des dépenses de santé pour les pays les moins riches de l'OCDE, qui ont une DCSi plus faible en valeur.

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 est 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

2023, les pays étudiés consacrent de 61 % (Pays-Bas) à 94 % (Grèce) de la DCSi à la CSBM. En France, en 2023, la CSBM constitue 77 % de la DCSi, une part un peu supérieure à celle de l'Allemagne (70 %).

Les dépenses de santé hors CSBM sont plus élevées hors-Europe et en Europe du Nord-Ouest

L'essentiel de l'écart entre la CSBM et la DCSi correspond aux soins de longue durée (SLD) pour les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées ou en situation de handicap), dont l'amplitude varie fortement entre pays. Ces écarts peuvent refléter des modes de prise en charge différent de ces soins, mais pourraient également résulter de différences de champ retenu pour ces dépenses, en raison de la diversité des dépenses de SLD, et malgré les efforts d'harmonisation.

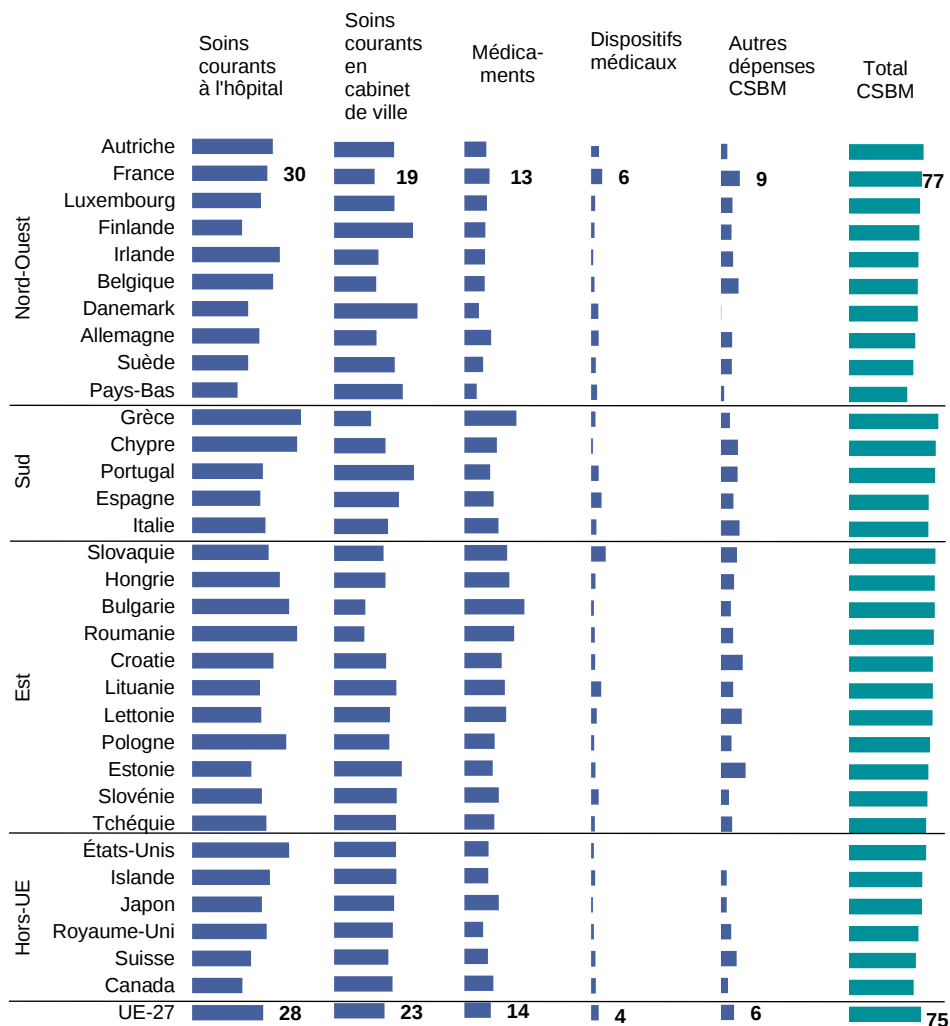
Les dépenses de SLD sont plus élevées dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe que dans ceux du sud ou de l'est, ce qui explique que la part de la CSBM dans la DCSi y est également plus élevée. Le niveau de dépenses de SLD s'explique par les contraintes financières, les différences culturelles (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 sur la famille pour les prodiguer (Espagne, Italie, Grèce, pays d'Europe de l'Est) et ceux qui présentent un système hybride (France, Allemagne) [Fuino, *et al.*, 2020].

La Suède, les Pays-Bas, l'Irlande, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne et la Belgique consacrent ainsi plus de 20 % de leurs dépenses de santé aux SLD en 2023. À l'inverse, les SLD représentent moins de 3 % de la DCSi en Grèce, en Croatie et en Slovaquie. En France, ces dépenses représentent 16 % de la DCSi, ce qui est proche de la moyenne européenne (17 %).

Les autres dépenses comptabilisées dans la DCSi hors CSBM sont les soins préventifs et les dépenses de gouvernance du système de santé. En 2023, chacune de ces dépenses représente 4 % de la DCSi en moyenne dans l'UE-27 (2 % et 5 % respectivement pour la France). En dehors de l'Europe, certains pays consacrent une part plus élevée de leur DCSi à ces postes : les soins préventifs représentent 6 % de la DCSi au Royaume-Uni et 7 % au Canada, tandis que les dépenses de gestion représentent 8 % de la DCSi aux États-Unis. ■

Graphique 5 Structure de la dépense CSBM selon la fonction de la dépense en 2023

En % de la DCSi



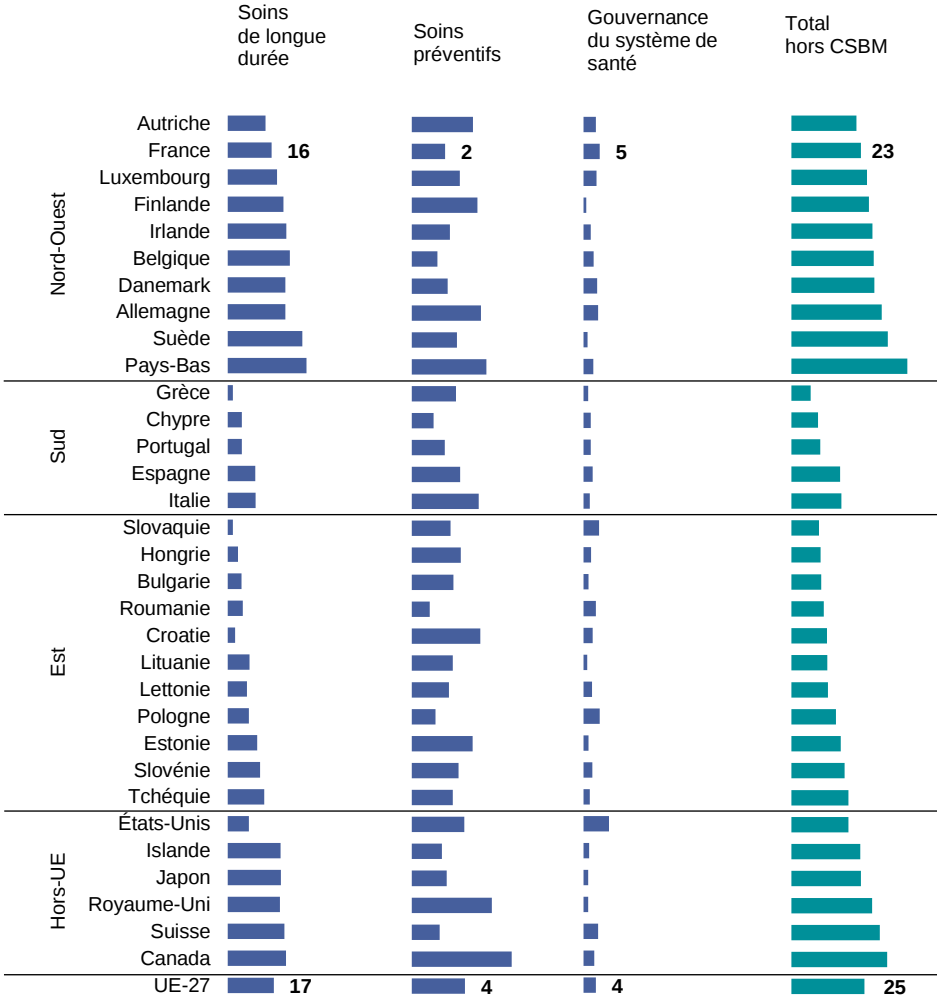
Note > Les autres dépenses CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile (annexe 1). La CSBM dans la DCSi caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé : elle comprend les soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville ou à domicile), les biens médicaux et les services auxiliaires. Les médicaments comprennent ici, en plus des médicaments *stricto sensu*, les dispositifs médicaux consommables.

Lecture > En France, en 2023, en pourcentage de la DCSi, la CSBM se décompose comme suit : 30 % pour les soins courants à l'hôpital, 19 % pour les soins en cabinet de ville, 13 % pour les médicaments, 6 % pour les autres biens médicaux et 9 % pour les autres dépenses de la CSBM (soins auxiliaires et soins courants à domicile), pour une CSBM totale de 77 % de la DCSi.

Sources > Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 6 Structure de la dépense hors CSBM selon la fonction de dépense en 2023

En % de la DCSi



Lecture > En France, en 2023, en pourcentage de la DCSi, la DCSi hors CSBM se décompose comme suit : 16 % pour les soins de longue durée, 2 % pour les soins préventifs, 5 % pour la gouvernance du système de santé, de sorte que la dépense totale hors CSBM s'établit à 23 % de la DCSi.

Sources > Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Pour en savoir plus

- > Eurostat et OCDE (2012). *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012th ed.)*.
- > Fuino, M., Rudnyskyi, 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>.
- > OCDE (2023). *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : éditions OCDE.

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 services 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) : celle-ci inclut désormais 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 France, où une partie de l'assurance privée – auparavant facultative – est devenue obligatoire. Les États-Unis connaissent une évolution comparable 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 services 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 services nationaux de santé¹.

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.

Services 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 service national de santé financé par l'impôt. Dans ce type de système de santé, dit *beveridgien*², 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 service 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 capitation³. 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 service national de santé, l'État est le premier financeur des dépenses de santé : il prend en charge près de 60 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et même plus de 80 % en Suède, 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 15 % dans les pays du nord de l'Europe, mais il est plus élevé dans les pays du sud : 29 % au Portugal, 24 % en Italie et 21 % en Espagne.

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 bismarckienne⁴ tels que la

¹ La classification alternative des systèmes de protection sociale d'Esping-Andersen en trois catégories (libéral, social-démocrate, corporatiste), peut également être mobilisée (Esping-Andersen, 1990).

² 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).

³ La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

⁴ Du nom du chancelier allemand Otto von Bismarck qui, en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, a proposé une assurance maladie obligatoire assise sur

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 (au moins dans la conception initiale du dispositif), 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 Allemagne, en Tchéquie ou en Slovaquie, entre 70 % et 80 % de l'ensemble de la DCSi est financée par l'assurance maladie en 2023 (73 % 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 Slovaquie fait toutefois figure d'exception : l'assurance privée volontaire y représente 14 % 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 (3 %), 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 51 % et 42 % de la DCSi (graphique 1).

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'assurance¹. 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 varient qu'en fonction de l'âge de l'assuré, 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, 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 ») a instauré en 2014 une obligation individuelle de souscription à une assurance maladie. Cette obligation concernait tous les résidents permanents, avec des aides publiques pour les plus modestes. Toutefois, depuis janvier 2019, l'obligation fédérale de souscrire et de cotiser à une assurance santé a été supprimée, même si certains États (Californie, Massachusetts) ont maintenu une obligation individuelle à leur échelle. Les assurances publiques mises en place à destination des plus modestes ont en revanche été maintenues : 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, 2025). À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies restent toutefois largement privées : aux États-Unis, 32 % de la DCSi est financée par les assurances privées obligatoires en 2023.

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.

les revenus du travail et dont les droits sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

¹ Plus généralement, 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 assurances 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

Une distinction très schématique, qui évolue

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*). Par exemple, en France, le lien cotisé-cotisant n'existe plus vraiment, depuis l'introduction de la CMU, en 1999. Le modèle autrichien est quant à lui caractérisé par un modèle mixte de financement, dans lequel l'État et l'assurance maladie contribuent dans des proportions proches au financement des soins de santé (respectivement 33 % et 44 % 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, 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 (12 % de la DCSi en 2023), tandis que le reste dépend du système généralisé de cotisations d'assurance maladie (Garabioli, 2006). À l'inverse, l'Italie et l'Espagne ont effectué une transition vers un modèle beveridgien dans les années 1980, suivies par le Portugal dans les années 1990, dans une logique d'accès universel aux soins. En raison d'un contexte économique défavorable dans les années 2000, la transition reste incomplète dans plusieurs de ces pays (Cohu, Lequet-Slama, 2006).

La Grèce a connu une trajectoire de ce type : dans l'objectif de garantir un accès universel et équitable aux soins, les caisses professionnelles déjà existantes, financées par cotisations, devaient être remplacées en 1983 par un Système national de santé (ESY), financé par l'impôt. Néanmoins, cette réforme

n'a été que partiellement mise en œuvre, de sorte que le système de santé grec est hybride, marqué par une forte fragmentation institutionnelle et un recours important au secteur privé (Burgi, 2017). Cette situation perdure malgré des tentatives de rationalisation¹. En 2023, les caisses de Sécurité sociale financent encore près d'un tiers de la DCSi du pays.

L'évolution de la structure de financement des soins de santé entre 2010 et 2023

Une structure de financement globalement stable, malgré des évolutions liées aux crises économiques dans certains pays européens

La structure de financement des soins de santé est restée globalement stable dans les pays étudiés entre 2010 et 2023. 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, en Grèce et au Portugal, le niveau des dépenses restant à la charge des ménages a augmenté suite à la crise économique de 2008 (*graphique 2*), ce de manière persistante : +2,5 points en Espagne entre 2010 et 2019, +3,3 points en Italie, +5,3 points en Grèce et +5,9 points au Portugal. Cette augmentation résulte probablement des politiques budgétaires mises en place après la crise, notamment l'instauration ou l'augmentation des tickets modérateurs² ainsi que le relèvement des seuils de remboursement (OCDE, 2021).

Entre 2019 et 2023, la part des dépenses restant à la charge des ménages diminue en Espagne, en Italie et au Portugal, et retrouve même son niveau de 2010 en Espagne (aux alentours de 21 %). En Grèce, elle continue de croître : +0,7 point sur la période.

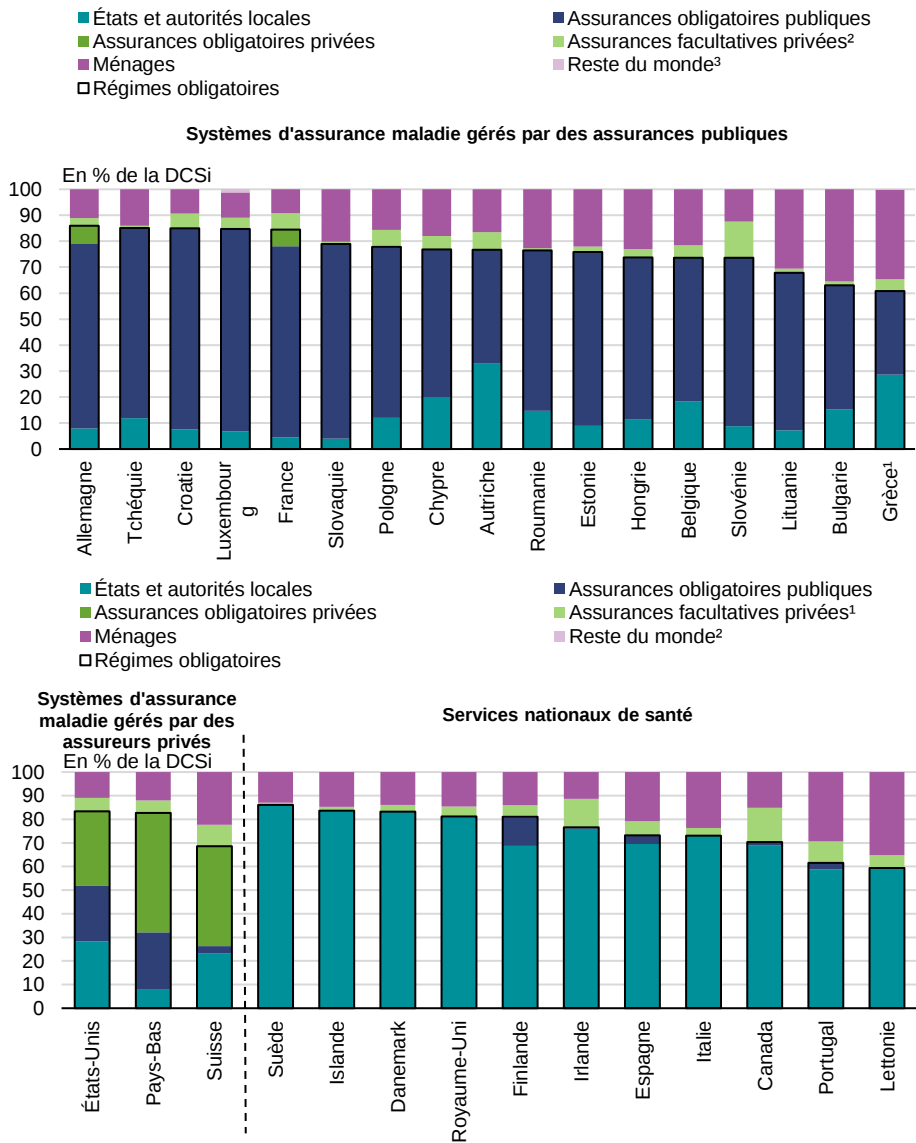
Conjointement à cette hausse, la part des dépenses de santé financées par les assurances privées facultatives et les ménages a baissé sur cette même période, dans des proportions très variables entre pays, et indépendamment du type de système de santé : -1,2 point pour les ménages et -1,1 points pour les assurances facultatives en France, -1,0 point et -0,2 point respectivement en Suède, -3,0 points et -0,8 point en Espagne ou -1,4 point et -0,8 point au Royaume-Uni.

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].

¹ Ainsi, la Grèce a créé en 2012 l'EOPYY (organisation nationale pour la prestation de services de santé), qui visait à fusionner plusieurs caisses d'assurance santé en un seul organisme.

² Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge des ménages une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part, hors dépassements d'honoraires éventuels.

Graphique 1 Financement de la DCSi en 2023



1. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, soit une part supérieure à celle financée par l'État. En raison de son système de santé hybride, la Grèce était rattachée aux pays disposant d'un service national de santé dans les éditions précédentes du Panorama.

2. Et autres dispositifs facultatifs.

3. 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 2023, la DCSi est financée à 3 % par l'État et les autorités locales, à 73 % par les assurances obligatoires publiques, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 7 % par les assurances privées facultatives et à 10 % 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 crise sanitaire aux conséquences toujours visibles sur la répartition du financement

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 en 2020 et 2021 dans l'ensemble des pays étudiés (Didier, Lefebvre, 2024).

En 2023, la part de la DCSi prise en charge par les régimes obligatoires continue de progresser en Suède, en Finlande et en Allemagne, où cette proportion augmente de manière continue depuis 2010. À l'inverse, une tendance à la baisse s'observe depuis 2021 dans les autres pays, résultant en une part de la DCSi financée par les régimes obligatoires supérieure ou proche de son niveau d'avant crise : jusqu'à +2,2 points au Royaume-Uni, +1,8 point en France et +0,7 point au Portugal entre 2019 et 2023 (-0,1 point aux Pays-Bas et -0,2 point en Italie).

En France et aux États-Unis, une hausse de la part des assurances privées obligatoires suite à des réformes du système de santé

Au-delà des effets conjoncturels induits par les crises, certaines évolutions plus structurelles sont également à l'œuvre dans la répartition du financement des soins de santé. Depuis 2010, la structure de financement des systèmes de santé a évolué vers plus d'interventions des assureurs privés obligatoires en France et aux États-Unis, du fait des réformes du système de santé (*graphique 2*).

En France, depuis 2016, l'assurance maladie complémentaire – financée partiellement par l'employeur – est devenue obligatoire pour les salariés du secteur privé, en complément de l'assurance publique. L'assurance privée obligatoire finance ainsi 6,4 % de la DCSi en 2023 (soit un peu moins qu'en 2019, avant la crise due au Covid-19, où cette part atteignait 6,7 %).

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. En 2021, l'obligation de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA a été supprimée au niveau fédéral, mais maintenue dans certains États : la part des assurances privées obligatoires a alors légèrement baissé pour atteindre 31,6 % de la DCSi en 2023. Au contraire, la part de l'assurance privée facultative

a baissé d'environ 33 points entre 2019 et 2023 (de 38,9 % à 6,0 %).

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 élevée 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.

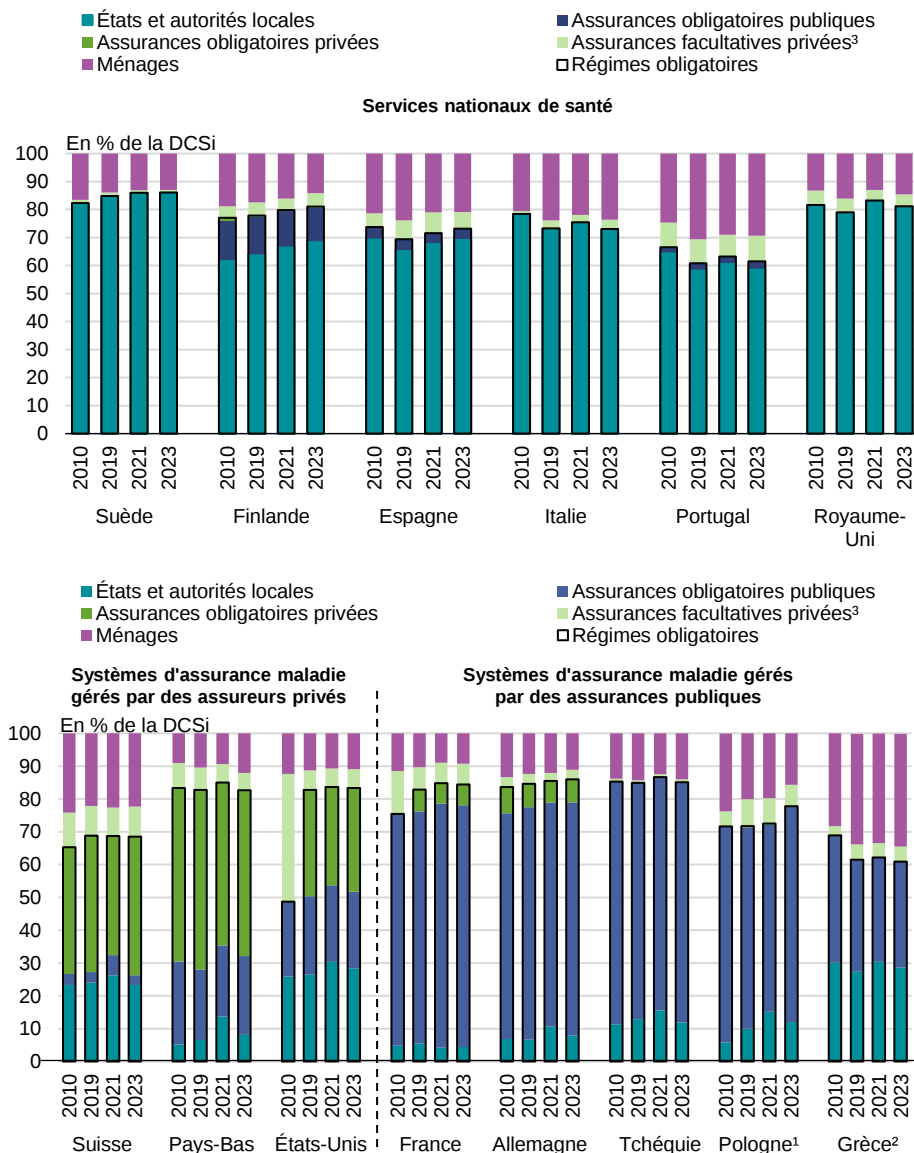
En France, les cotisations sociales représentent 35 % des recettes des régimes obligatoires. La CSG², assise sur une assiette large de revenus et intégralement affectée à la protection sociale, en représente 22 %. Le reste est financé principalement par d'autres impôts (32 %).

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, elles constituent une part importante des recettes (de 17 % aux Pays-Bas à 52 % 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).

Ces prépaiements 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.

¹ Les régimes obligatoires correspondent aux États et collectivités territoriales, aux assurances publiques obligatoires et aux assurances privées obligatoires.

² Juridiquement et en comptabilité nationale, la CSG est un impôt. Néanmoins, pour sa part assise sur les revenus d'activité, qui représentent 70 % des recettes totales de CSG, la CSG a les caractéristiques économiques d'une cotisation sociale.

Graphique 2 Structure du financement de la DCSi en 2010, 2019, 2021 et 2023

1. En 2010, pas de distinction disponible entre assurances obligatoires privées et publiques en Pologne.

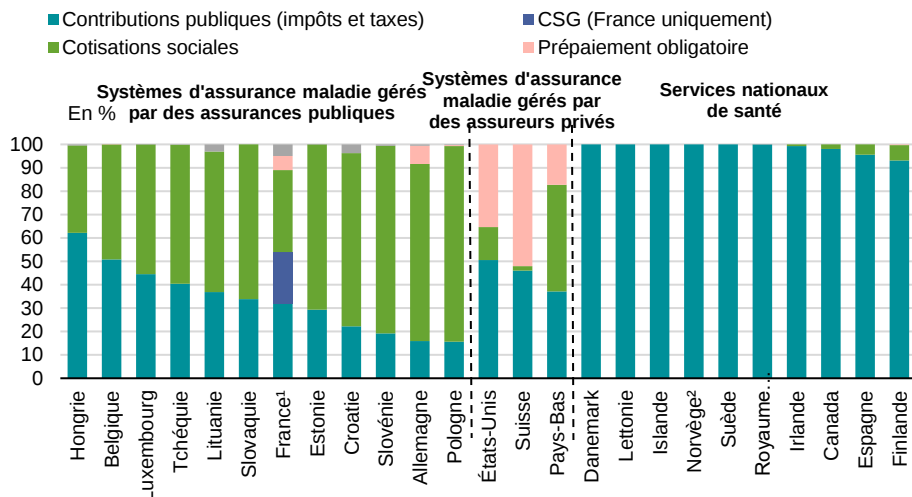
2. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, une part supérieure à celle financée par l'État. En raison de son système de santé hybride, la Grèce était rattachée aux pays disposant d'un service national de santé dans les éditions précédentes du Panorama.

3. Et autres dispositifs.

Lecture > En 2023, en France, les régimes obligatoires financent 83 % des dépenses de santé. Les assurances privées facultatives et les ménages financent respectivement 7 % et 10 % des dépenses. En 2010, ces taux s'établissaient respectivement à 75 %, 13 % et 11 %.

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 3 Les recettes des régimes obligatoires en 2023



1. Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et des chiffres-clés de la Sécurité sociale (DSS, 2024). Elles concernent la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie. La segmentation entre les types de financement des régimes privés obligatoires n'est pas disponible et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. La part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins a été ajoutée dans la catégorie « Prépaiement obligatoire », les organismes complémentaires étant essentiellement financés par ceux-ci.

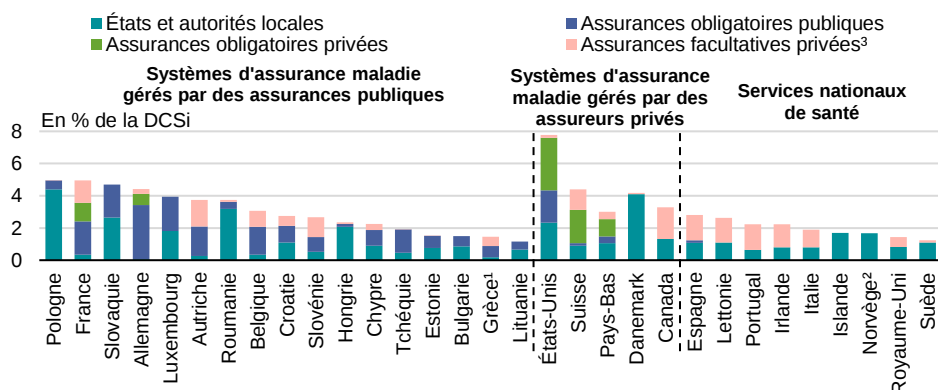
2. Données 2022.

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 2023, la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie est financée à 35 % 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, 2024 pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 4 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2023



1. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, une part supérieure à celle financée par l'État. En raison de son système de santé hybride, la Grèce était rattachée aux pays disposant d'un service national de santé dans les éditions précédentes du Panorama.

2. Données 2022.

3. Et autres dispositifs facultatifs.

Lecture > En France, en 2023, 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 facultatives privées.

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 gestion en partie liées aux coûts de gestion des assureurs privés

Les dépenses de gestion englobent l'ensemble des services qui soutiennent le fonctionnement des systèmes de santé : la gestion des remboursements par les 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 opérateurs publics.

Aux États-Unis, en 2023, tous financeurs publics et privés confondus, les dépenses de gestion représentent 7,8 % de la DCSi (graphique 4). La Pologne et la France suivent avec respectivement 5,0 % et 4,9 % de la DCSi consacrée à la gestion. De manière générale, les dépenses de gestion croissent avec le poids des assureurs privés et des caisses d'assurance publiques. Dans les services nationaux de santé gérés par l'État, les dépenses de gouvernance sont souvent plus faibles : de 0,8 % de la DCSi en Finlande à 3,3 % au Canada. Le Danemark fait figure d'exception avec 4,2 % de la DCSi destiné aux dépenses de gestion. 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 supérieures à 1,5 % de la DCSi aux États-Unis, en France, en Autriche, en Suisse, aux Pays-Bas, au Canada, en Espagne et au Portugal.

Aux États-Unis, où les frais de gestion des assurances privées représentent 3,4 % de la DCSi, la duplication des coûts fixes et la multiplication des opérations de publicité et de marketing qui résultent de la concurrence entre organismes expliquent en partie ce montant (Tseng, *et al.*, 2021).

En France, les dépenses de gestion des assureurs privés comptent pour la moitié des dépenses de gestion, alors qu'elles ne financent qu'un huitième des dépenses de santé en 2023. 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, Polton, 2016 ; Lafon, Montaut, 2017). Selon les données du Système international des comptes de la santé (SHA) de l'OCDE, les dépenses de gestion du système de santé français ont ainsi augmenté de 9 % entre 2013 et 2023, essentiellement du fait des organismes complémentaires, facultatifs et obligatoires, dont les dépenses de gestion ont crû de 29 % entre 2013 et 2023. ■

Pour en savoir plus

- > **Burgi, N.** (2017). Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique. *La Revue de l'ires*, 91-92(1), 77-110. <https://doi.org/10.3917/rldi.091.0077>.
- > **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.
- > **Didier, M., Lefebvre, G.** (2024). *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Direction de la Sécurité sociale** (2024, 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.
- > **Esping-Andersen, G.** (1990). *Les trois mondes de l'État-providence*. Princeton University Press.
- > **Garabiol, P.** (2006). *L'assurance maladie en Europe – Étude comparée*. Fondation Robert Schuman.
- > **Hartmann, L.** (2008). Le coût du système de santé américain. *Les Tribunes de la santé*.
- > **Hassenteufel, P.** (2013) Quelle européanisation 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.
- > **Tseng, P., Kaplan, R. S., Richman, B. D., Shah, M. A., Schulman, K. A., Navathe, A. S.** (2021). Reducing administrative costs in US health care: Assessing single payer and its alternatives. *Health Services Research*, 56(S1), pp. 46-52.

En 2023, le reste à charge (RAC) des ménages en France s'élève à 10,2 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) ; c'est un des plus bas de l'Union européenne. 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, en prenant en compte les écarts de prix entre les pays en matière de santé, est de 440 euros en France en 2023, contre 580 euros en moyenne dans l'UE-27. En part de revenu disponible, le RAC varie de 0,7 % en Croatie à 3,0 % en Grèce et au Portugal, contre 1,1 % en France. Parmi les pays étudiés, les biens médicaux (en particulier les produits pharmaceutiques), ainsi que les soins ambulatoires sont généralement les premiers contributeurs au RAC des ménages. Les soins de longue durée (SLD) sont moins bien pris en charge que les autres dépenses de santé dans certains pays du nord et de l'ouest de l'Europe. En France, 21 % des dépenses de SLD restent à la charge des ménages, contre seulement 13 % des dépenses de biens médicaux et 6 % 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. Selon les pays, un RAC élevé peut avoir plusieurs explications liées à l'organisation du système de santé : par exemple, 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. Le RAC moyen ne donne pas d'information sur la part de personnes confrontées à des RAC très élevés. Afin de limiter cette part et de garantir l'accès aux soins pour certaines populations spécifiques, la plupart des pays de l'OCDE prévoient des exemptions partielles ou totales de participation financière. Ces exemptions peuvent notamment dépendre du revenu, de l'âge ou de l'état de santé.

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 26). Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives (fiche 27). Le reste est directement payé par les ménages : on parle communément de reste à charge (RAC) des ménages.

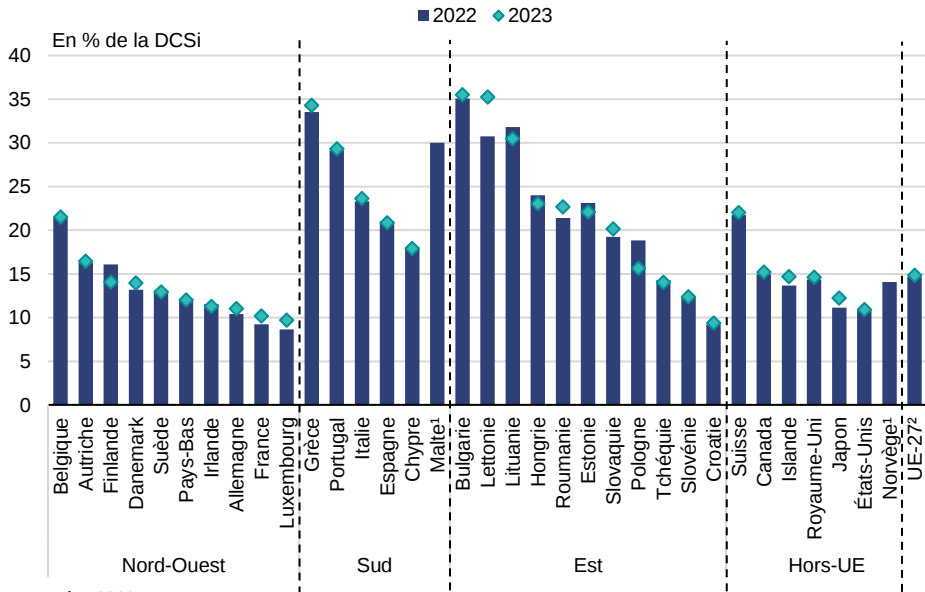
En 2023, en moyenne dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27), 14,8 % de la DCSi reste à la charge des ménages (*graphique 1*). Les RAC les plus élevés sont observés dans les pays du sud de l'Europe (34,3 % en Grèce, 29,3 % au Portugal et 23,6 % en Italie), dans les pays de l'est de l'Europe (35,5 % en Bulgarie, 35,3 % en Lettonie et 30,5 % en Lituanie) et en Suisse (22,0 %). En Allemagne, le RAC s'établit à 11,1 % de la dépense. Il est supérieur à celui de la France (10,2 %), où la part du RAC dans la DCSi est une des plus faibles de l'UE, avec le Luxembourg (9,7 %) et la Croatie (9,4 %). Dans les pays scandinaves, la part du RAC est inférieure à la moyenne de l'UE, mais plus élevée qu'en Allemagne : 13,0 % en Suède, 14,0 % au Danemark, 14,1 % en Finlande et en Norvège (chiffre 2022).

¹ Le mode de calcul développé par l'OCDE ou la DREES pour la France est décrit en annexe.

Parmi les pays étudiés dans cette fiche, environ la moitié ont une part de leur DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 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 représente 10,9 % de la DCSi en 2023 (*fiche 27*) contre 12,3 % en 2013 (Beffy, *et al.*, 2015).

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la DCSi en 2023



1. Données 2022.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Lecture > En France, en 2023, le RAC dans la DCSi s'élève à 10,2 % des dépenses ; en 2022, il s'établissait à 9,2 %.

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.

Le RAC moyen par habitant est plus élevé en Suisse, en Belgique et en Bulgarie

Le volume de soins (et de biens) de santé varie beaucoup d'un pays à l'autre. On raisonne ici en volume de soins, c'est-à-dire en prenant en compte les 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 élevées en Suisse, en Bulgarie et en Belgique (respectivement 1 070, 1 000 et 970 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 variant de 300 CHF pour la franchise de base à 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.

Le volume de soins et de biens médicaux financé par le RAC des ménages s'établit en moyenne à 580 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 (440 euros PPA santé par habitant), en Irlande (400 euros PPA santé) et au Luxembourg (390 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 670 et

¹ Les PPA 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. L'assuré a la possibilité de choisir le montant de sa franchise : la prime mensuelle qu'il verse à l'assurance maladie dépend du montant choisi.

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 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.

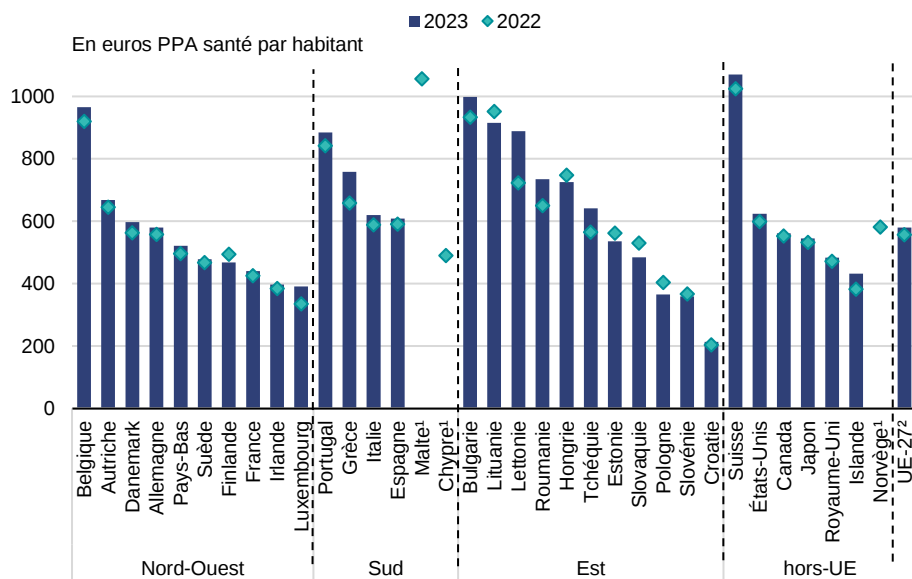
970 euros par habitant). L'échelle de variation de cette mesure entre les pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est est également importante, allant de 610 euros PPA santé par habitant en Espagne à 880 euros PPA santé au Portugal et de 210 euros PPA santé par habitant en Croatie à 1 000 euros PPA santé en Bulgarie.

Dans la plupart de ces pays, des dispositifs d'exonération ou de plafonnement du RAC sont mis en place pour certaines populations afin de garantir leur accès aux soins. Ces exemptions peuvent être fonction des ressources, de l'âge, de l'état de santé – pour les personnes souffrant de certaines pathologies telles que des maladies chroniques, par exemple, ou encore pour les femmes enceintes – ou de la part du RAC dans le revenu annuel brut des ménages, comme en Allemagne et en Autriche où les restes à charge sont plafonnés à 2 % du revenu annuel brut du ménage (Jusot, Lemoine, 2024). En France, les personnes atteintes d'une affection de

longue durée (ALD) exonérante¹ (soit environ 20 % de la population en 2022 [CNAM, 2024]) sont ainsi dispensées de ticket modérateur pour le traitement de ces affections. 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 (Tikka-nen, *et al.*, 2020). Aux Pays-Bas, 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).

Enfin, certaines politiques publiques, comme la complémentaire santé solidaire (C2S) en France, jouent un rôle clé dans la limitation du reste à charge pour les ménages modestes. En facilitant l'accès à une complémentaire santé gratuite ou peu coûteuse, ces dispositifs réduisent de manière significative les frais restants à la charge de ces assurés.

Graphique 2 Reste à charge par habitant en 2023, aux prix des soins de santé observés en France



1. Données 2022.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

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 2022 et 2023. Elles permettent de prendre en compte les différences 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 2023, le RAC des ménages s'élève à 440 euros PPA santé par habitant ; il était de 426 euros PPA santé par habitant en 2022. Si les prix de la santé étaient les mêmes en France et en Bulgarie, le RAC bulgare serait de 999 euros en 2023.

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 Une liste de 29 ALD exonérantes est définie à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale. À cette liste

s'ajoutent les affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polyopathologies invalidantes (ALD 32).

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 26).

Les biens médicaux (médicaments et dispositifs 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 38 % du RAC : de 18 % en Suisse à 71 % en Bulgarie (28 % en France). Parmi eux, les produits pharmaceutiques représentent 26 % 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 atteignent respectivement 67 %, 63 % et 57 % du RAC en Bulgarie, en Pologne et en Roumanie. Cela s'explique par le fait que le prix des médicaments est relativement homogène entre pays européens, contrairement aux services de santé, qui dépendent davantage des salaires des professionnels de santé : dans les pays où les prix de santé sont plus bas, les biens médicaux pèsent davantage dans l'ensemble des dépenses de santé et dans la part restant à la charge des ménages. Parmi les pays étudiés, la Belgique (13 %), la Suisse (14 %), la France et les Pays-Bas (17 % dans les deux cas) 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 16 % en Slovaquie à 50 % en Islande.

Parmi les soins ambulatoires, les soins dentaires représentent une part significative du RAC, variant de 5 % aux Pays-Bas à 33 % en Estonie (contre 12 % en moyenne dans les pays de l'UE-27). En France, les soins dentaires représentent 8 % 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 (Didier, Lefebvre, 2024).

L'hôpital représente une faible part du RAC des ménages dans la plupart des pays étudiés, à l'exception de la Grèce (34 %), de la Slovaquie (22 %) et des Pays-Bas (16 %). La part de l'hôpital est de 6 % en moyenne dans les pays de l'UE-27 et de 7 % 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, généralement moins bien remboursées que celles du secteur public (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 : avec 37 %, la France se place en seconde position pour ce type de dépenses, derrière l'Allemagne (46 %), et devant l'Irlande (29 %) ou l'Autriche (19 %). Cette part est également élevée au Royaume-Uni, au Canada et en Suisse, où les SLD représentent plus de 25 % du RAC (40 %, 28 % et 27 % respectivement). À l'inverse, dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, la part du RAC des ménages consacré aux dépenses de SLD reste relativement faible : de moins de 1 % en Bulgarie, en Croatie, en Pologne et en Slovaquie à 11 % en Italie et 18 % en Estonie. Ces proportions doivent toutefois être mises en regard du faible niveau de dépense pour les SLD dans ces pays (fiche 26). Les systèmes dans lesquels l'État joue un rôle central (pays scandinaves, Autriche) investissent davantage dans les SLD que les pays où la prise en charge de la dépendance repose davantage sur la famille (Espagne, Italie, Grèce, pays d'Europe de l'Est) [Fuino, *et al.*, 2020].

La part des dépenses de produits pharmaceutiques et de biens médicaux restant à la charge des ménages est supérieure à celle des soins de santé

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 31 % des produits pharmaceutiques et des biens médicaux, contre seulement 10 % des soins de santé (*graphique 4*). De manière générale, le RAC est plus élevé dans les pays de l'est de l'Europe que dans le reste des régions européennes pour les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux : il atteint 78 % en Bulgarie et 63 % en Pologne.

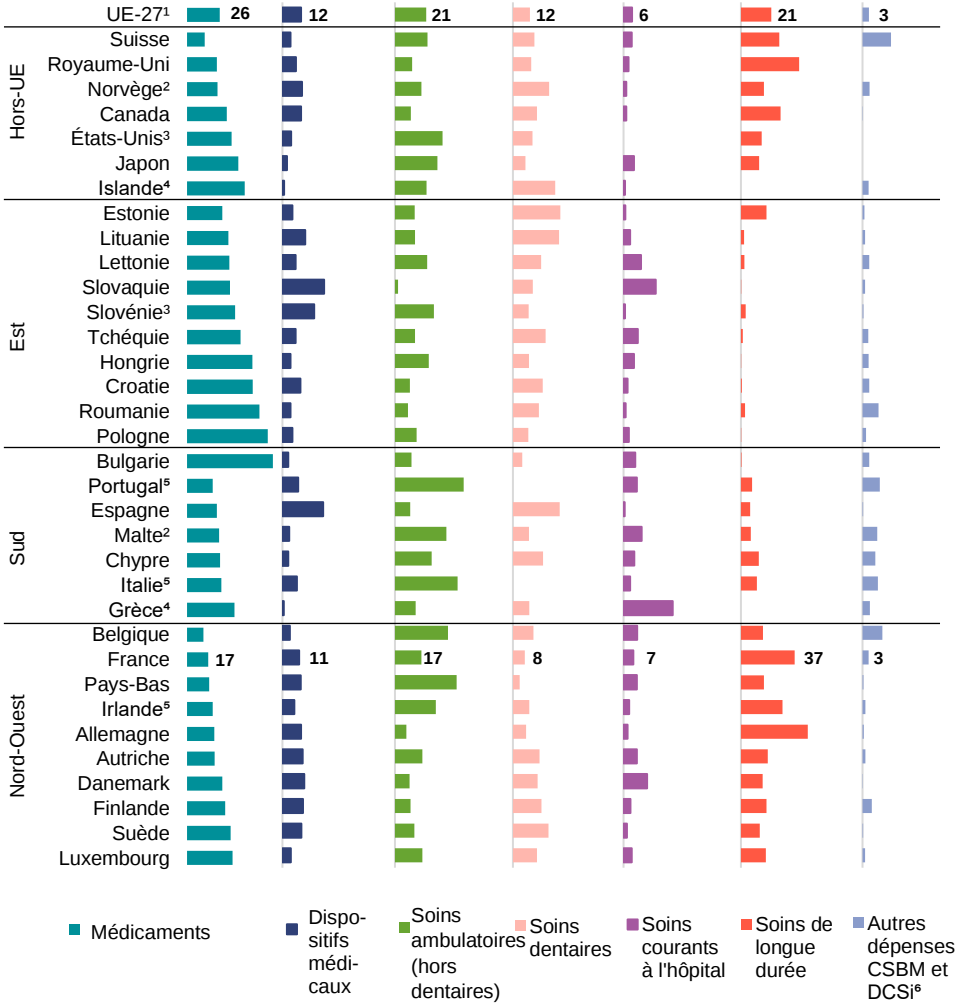
Le RAC pour les soins de santé est quant à lui plus élevé dans les pays du sud de l'Europe que dans les autres régions (fiches 29, 30 et 31) : il atteint 35 % des dépenses de soins de santé à Malte, 34 % en Grèce et 24 % au Portugal.

Pour les produits pharmaceutiques et les 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, à 13 % et 6 % respectivement, ce qui est bien en dessous de la moyenne dans l'UE-27.

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 France a une position intermédiaire en Europe : le RAC s'y établit à 21 % de ces dépenses (contre 19 % en moyenne dans l'UE-27).

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages en 2023

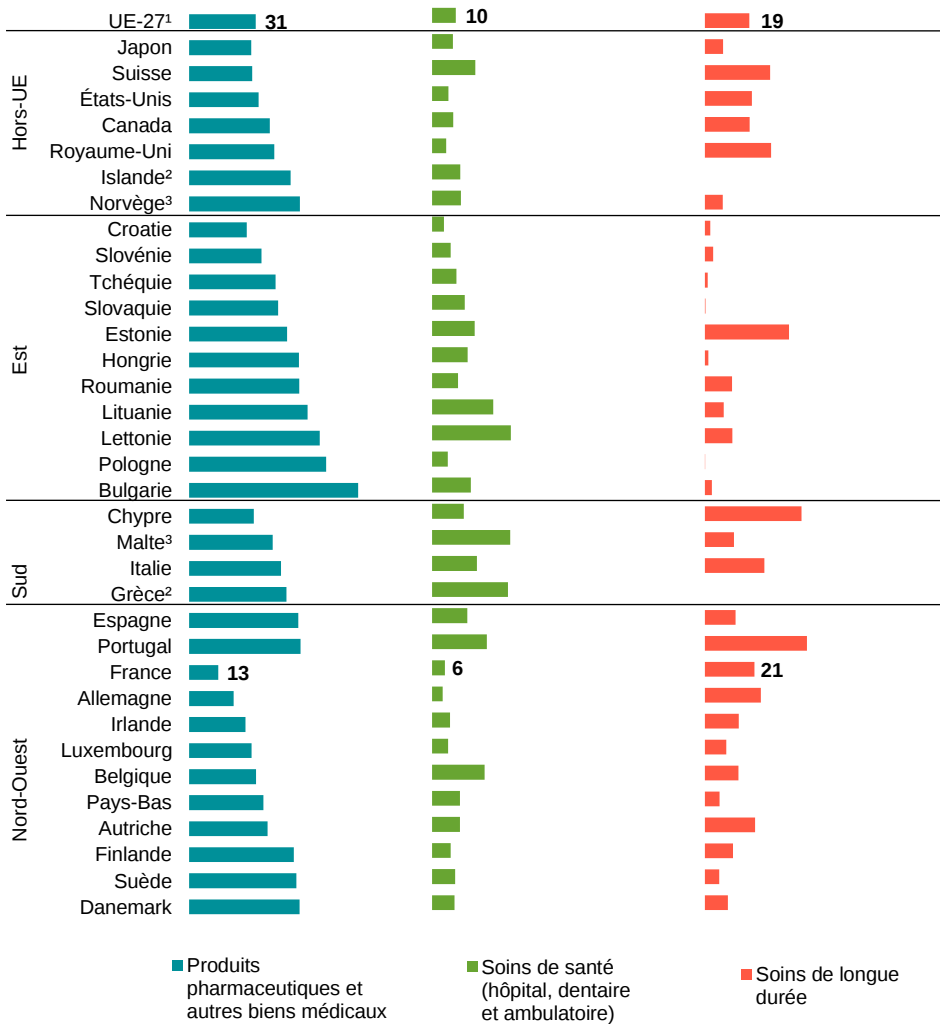
En % du RAC



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.
 2. Données 2022.
 3. Pour les États-Unis et la Slovaquie, la décomposition du RAC pour les soins courants ambulatoires ou à l'hôpital n'est pas disponible.
 4. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles en Grèce et en Islande.
 5. Pour l'Italie, l'Irlande et le Portugal, la décomposition du RAC entre soins ambulatoires (hors dentaire) et soins dentaires n'est pas disponible.
 6. 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.
Note > Les médicaments comprennent, en plus des médicaments *stricto sensu*, les dispositifs médicaux consommables.
Lecture > En France, en 2023, le RAC des ménages se structure de la sorte : 28 % pour les biens médicaux dont 17 % pour les produits pharmaceutiques et 11 % pour les autres biens médicaux ; 17 % pour les soins ambulatoires hors dentaire et 8 % pour les soins dentaires ; 7 % pour les soins courants à l'hôpital ; 37 % pour les soins de longue durée ; enfin, 3 % pour les autres dépenses de la CSBM et 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.

Graphique 4 Part des dépenses de santé financée par le RAC, par secteur en 2023

En % des dépenses



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

2. 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 %).

3. Données 2022.

Lecture > En France, en moyenne, 13 % des dépenses pour les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux, 6 % des dépenses pour les soins de santé (hôpital, ambulatoire et dentaire) et 21 % pour les soins de longue durée restent à la charge des 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.

En France, le taux d'effort des ménages en matière de santé est parmi les plus faibles d'Europe

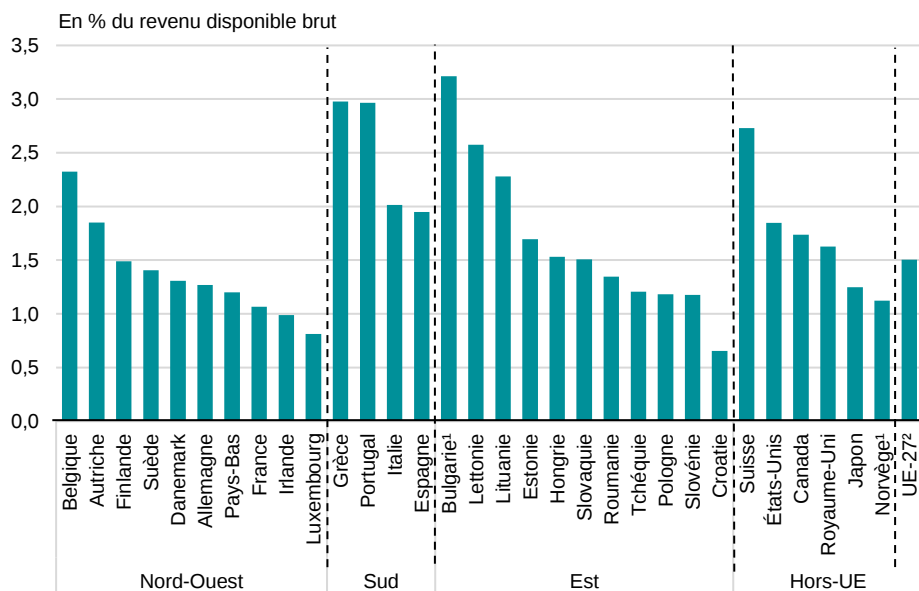
Dans le budget d'un ménage, l'effort pour les dépenses de santé peut être mesuré en rapportant le RAC des ménages à leur revenu disponible brut (RDB). Pour rappel, le RAC des ménages inclut exclusivement les dépenses directes des ménages, après remboursement des régimes publics et privés obligatoires et des organismes complémentaires.

En 2023, le taux d'effort des ménages en matière de santé varie de 0,7 % du RDB en Croatie et 0,8 % du RDB au Luxembourg, à 3,0 % du RDB en Grèce et au Portugal (*graphique 5*). Les taux sont globalement plus élevés dans les pays du sud de l'Europe (2 % ou plus) et en Suisse (2,7 %) ; 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 2023, 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 (2,3 %) et à la moyenne des pays de l'UE-27 (1,5 %), mais supérieur à l'Irlande (1,0 %) et au Luxembourg (0,8 %). 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 disparités. 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 (Adjerad, Courtejoie, 2020), au Luxembourg ou en Allemagne, tandis qu'ils touchent plus de 14 % des ménages en Lettonie ou en Lituanie (Thomson, *et al.*, 2024). 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. ■

Graphique 5 Taux d'effort des ménages pour les dépenses de santé en 2023



1. Données 2022.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Lecture > En France, en 2023, le RAC des ménages représente 1,1 % du revenu disponible brut.

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

- > **Adjerad, R. et Courtejoie, N.** (2020). *Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels*. Paris, France : DREES, Études et résultats, 1171.
- > **Beffy, M., Roussel, R., Solard J., Mikou, M.** (2015). *Les dépenses de santé en 2014 - Résultats des Comptes de la santé*. Études et statistiques (2006-2016).
- > **CNAM** (2024, juillet). *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005*. Point de repère n°54.
- > **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).
- > **Didier, M., Lefebvre, G.** (2024). *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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>
- > **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, France : Éditions OCDE.
- > **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 2023, la France consacre 29,7 % de sa dépense courante de santé au sens international (DCSi) aux soins courants à l'hôpital, une part un peu supérieure à la moyenne des pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) [28,0 %]. Les dépenses hospitalières demeurent soutenues mais ralentissent dans la quasi-totalité des pays étudiés, du fait de la hausse du prix des soins, particulièrement élevée en Pologne et en Hongrie. Les dépenses hospitalières sont généralement financées par des dispositifs obligatoires, et la part de ces dépenses restant à la charge des ménages est, dans la plupart des pays, inférieur à 10 %. La recherche de l'efficacité est l'objectif prioritaire de la politique hospitalière dans de nombreux pays. Elle se traduit par une baisse de la durée moyenne des séjours en soins aigus, une diminution du nombre de lits, et plus généralement par une rationalisation du recours aux hospitalisations, en privilégiant les soins ambulatoires. La France est engagée dans cette dynamique de « virage ambulatoire » : elle possède moins de lits en soins aigus que la moyenne des pays de l'UE-27 (2,7 contre 3,7 pour 1 000 habitants), et la durée d'hospitalisation en soins aigus y est parmi les plus courtes d'Europe (5,5 jours contre 6,3 en moyenne dans les pays de l'UE-27).

Dans cette fiche, les dépenses de santé hospitalières correspondent aux soins curatifs (axe « fonction » dans la nomenclature OCDE) donnant lieu à une hospitalisation (axe « mode de prestation »)¹. Elles regroupent l'ensemble des soins en hospitalisation, avec ou sans nuitée, 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.

Les données portent sur l'année 2023, car c'est la dernière année pour laquelle des estimations non provisoires sont disponibles pour l'ensemble des pays.

Les pays de l'UE-27 consacrent en moyenne 28 % de leur DCSi aux soins courants à l'hôpital

Les dépenses de soins courants à l'hôpital représentent une part variable de la DCSi dans les pays étudiés

Les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) consacrent en moyenne 28,0 % de leur dépense de santé au sens international (DCSi) aux dépenses de soins courants à l'hôpital en 2023 (graphique 1). En France, ces dépenses sont légèrement supérieures à la moyenne européenne : elles représentent 29,7 % de la DCSi. Dans les pays étudiés, la part de la DCSi consacrée aux soins courants à l'hôpital varie de 17,9 % aux Pays-Bas à 43,0 % en Grèce ou 41,4 % à Chypre. La même hétérogénéité se retrouve parmi les pays du nord et de l'ouest de l'Europe : l'Irlande y consacre 34,5 % de sa DCSi contre seulement 19,7 % en Finlande.

Les dépenses hospitalières exprimées en PPA services hospitaliers sont plutôt homogènes en 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]³ et rapportées au nombre d'habitants.

¹ Les dépenses hospitalières présentées dans cette fiche excluent l'hospitalisation à domicile et les consultations sans hospitalisations, qui sont comptabilisés en soins ambulatoire (fiche 30).

² Les soins de longue durée, achats de masques pour les hôpitaux et médicaments rétrocedés sont exclus, de même que dans la présente fiche.

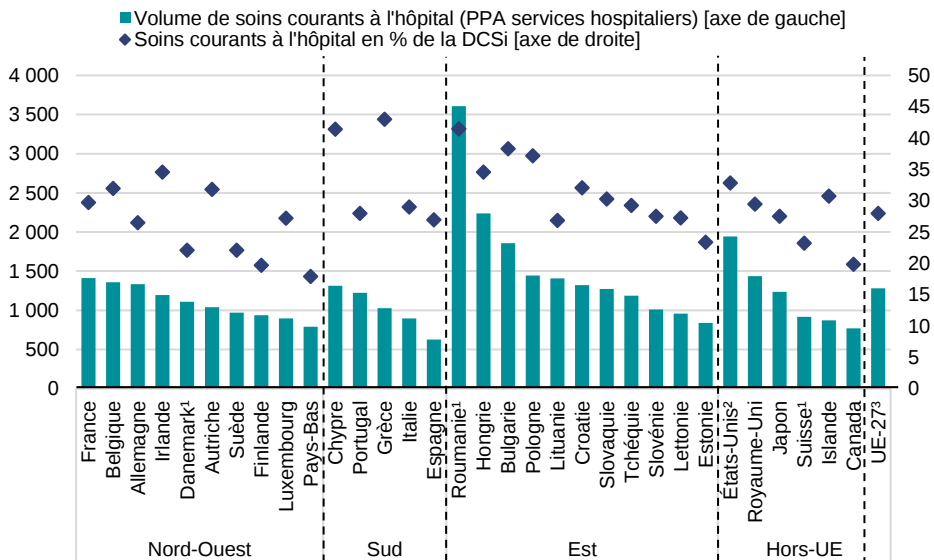
³ Cette mesure est obtenue à partir d'un panier de biens et de services hospitaliers standards, comprenant les

Cette analyse met en lumière une assez large homogénéité des dépenses dans les différentes régions d'Europe. En moyenne, 1 300 euros PPA par habitant sont alloués aux soins hospitaliers au sein de l'UE-27 chaque année. La France se situe légèrement au-dessus de cette moyenne (à 1 400 euros PPA), proche des niveaux de la Belgique (1 400 euros PPA) et de l'Allemagne (1 300 euros PPA), et au-dessus des dépenses par habitant des Pays-Bas, de la Finlande et du Luxembourg (entre 800 et 900 euros PPA). Dans la plupart des pays de l'Est, les volumes de soins par habitant sont relativement proches de ceux observés dans les autres régions : de 800 euros PPA en Estonie à 1 400 euros PPA en Pologne. Trois pays se démarquent toutefois avec un volume de soins particulièrement élevé : la Roumanie (3 600 euros PPA), la Hongrie (2 200 euros PPA) et la Bulgarie (1 900 euros PPA).

Dans les pays d'Europe du Sud, les volumes de soins par habitant varient de 600 euros PPA en Espagne – le niveau le plus faible parmi les pays étudiés – à 1 300 euros PPA à Chypre. En Grèce, premier pays en part des dépenses hospitalières dans la DCSI, le volume de soins par habitant est parmi les plus faibles de l'UE-27 : 1 000 euros PPA.

Hors Europe, les volumes de dépenses par habitant sont comparables aux niveaux observés dans l'UE-27 – de 800 euros PPA au Canada à 1 400 euros PPA au Royaume-Uni – excepté aux États-Unis où les dépenses hospitalières sont particulièrement élevées (1 900 PPA par habitant).

Graphique 1 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2023



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. La moyenne UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > Aux États-Unis, en 2023, chaque habitant consomme 1 900 euros 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).

équipements, les médicaments et le personnel soignant, afin de mesurer et de tenir compte des différences de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers. Ainsi, la quantité de services obtenue avec 1

PPA services hospitaliers dans un autre pays correspond à celle obtenue avec 1 euro dépensé en France.

Dans les pays étudiés, le financement des hôpitaux est relativement proche de celui de la DCSI

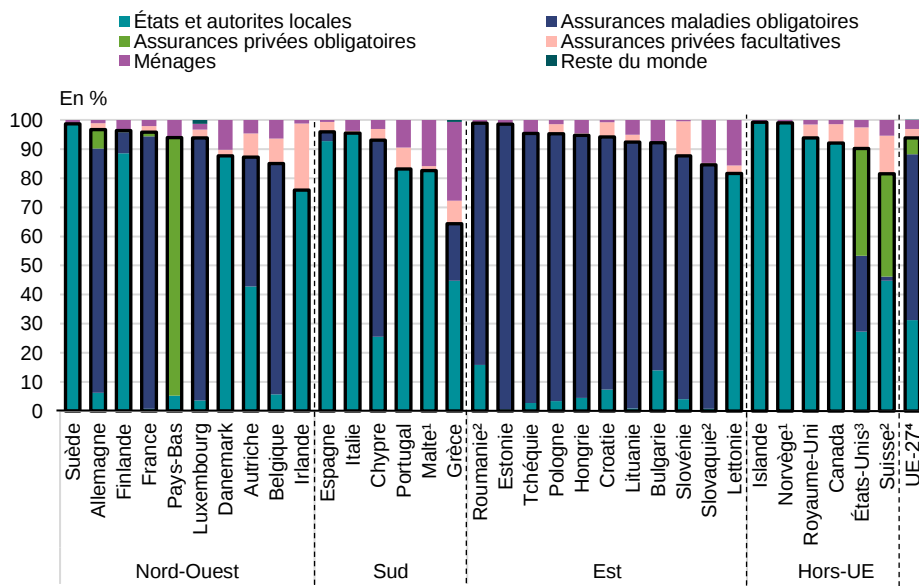
Dans la très grande majorité des pays étudiés, plus de 80 % des dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées par le système de santé obligatoire (*graphique 2*) : l'État (ou d'autres autorités locales) et les assurances publiques ou privées obligatoires, selon le type de système en place (fiche 27). Ainsi, en France, c'est l'assurance maladie obligatoire qui finance la majeure partie des soins hospitaliers (94 %) ; l'État prend en charge la quasi-totalité de ces dépenses en Suède (99 %) et en Italie (96 %). À l'inverse, comme pour la DCSI dans son ensemble, l'assurance privée obligatoire finance la plus grande partie des frais hospitaliers aux Pays-Bas (89 %) et une part importante aux États-Unis (37 %) et en Suisse (35 %).

L'assurance privée facultative participe au financement de ces soins pour plus de 10 % dans seulement trois pays de l'OCDE : en Irlande (23 %), en Suisse (13 %) et en Slovaquie (12 %).

Le reste à charge (RAC) des ménages est très faible pour les soins courants à l'hôpital dans de nombreux pays. 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 (27 %), à Malte (16 %), en Lettonie (16 %) et en Slovaquie (15 %). Le RAC des ménages est en revanche très faible en France (2,1 %), en Allemagne (1,1 %) et au Royaume-Uni (1,5 %) en 2023.

Dans deux des pays étudiés, une part modeste mais notable des soins courants à l'hôpital est financée par les non-résidents : 1,4 % au Luxembourg et 0,6 % en Grèce.

Graphique 2 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2023 par habitant



1. Données 2022.

2. En milieu hospitalier uniquement.

3. 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.

4. La moyenne UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, en 2023, les dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées à 94 % par l'assurance maladie obligatoire, à 1 % par l'État, à 2 % par les assurances privées facultatives et à 1 % par les assurances privées obligatoires.

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

En 2023, les dépenses hospitalières augmentent dans la quasi-totalité des pays de l'UE-27

Les dépenses hospitalières en forte hausse...

En 2023, les dépenses hospitalières ont augmenté dans presque tous les pays étudiés. Au sein de

l'UE-27, l'augmentation est en moyenne de 5,6 % (*graphique 3*). La hausse est particulièrement élevée dans les pays de l'est de l'Europe, où elle atteint jusqu'à 31,9 % en Pologne et 15,2 % en Hongrie. La forte hausse observée en Pologne pourrait être liée à des augmentations de salaire pour les soignants ainsi qu'à une révision de la tarification hospitalière.

Seul le Danemark voit ses dépenses reculer en 2023 (-4,6 %).

En France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 7,1 % en 2023 (après +5,1 % en 2022), à la fois en raison de la hausse du volume d'activité et de celle du prix des soins. En effet, la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 1,5 % en juillet 2023, à laquelle s'ajoutent des mesures spécifiques telle que l'augmentation des indemnités de garde ou de l'indemnité forfaitaire de sujétion, ont conduit à une forte hausse de la rémunération des salariés à l'hôpital public entre 2022 et 2023 (Didier, Lefebvre, 2024).

Le dynamisme des rémunérations contribue également à la hausse des dépenses hospitalières en Pologne (OCDE, 2025) et vraisemblablement dans d'autres pays. Au Portugal, la hausse des dépenses hospitalières s'explique par l'augmentation des salaires des employés du secteur public, notamment la revalorisation du salaire des infirmiers et l'élargissement du recours aux heures supplémentaires pour les médecins des services d'urgence (INE, 2024).

... avec une croissance largement supérieure à celle des années 2010

Dans l'Union européenne, la croissance des dépenses de santé entre 2022 et 2023 a été deux fois

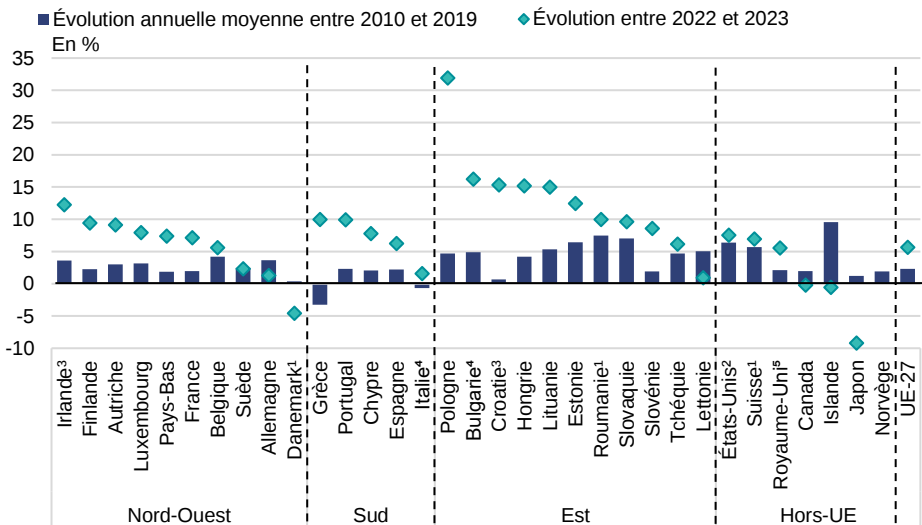
plus importante qu'avant la crise sanitaire (*graphique 3*) : entre 2010 et 2019, la croissance des dépenses hospitalières était en moyenne de 2,3 % par an dans les pays de l'UE-27.

En Europe de l'Est, les dépenses hospitalières ont augmenté dans tous les pays entre 2010 et 2019 – et même dépassé les 5 % de croissance annuelle moyenne en Roumanie (+7,5 %), en Slovaquie (+7,0 %), en Estonie (+6,4 %), en Lituanie (+5,3 %) et en Lettonie (+5,1 %). La croissance hospitalière y est pourtant encore plus marquée en 2023, à l'exception notable de la Lettonie (+0,9 % en 2023 contre +5,1 % par an en moyenne entre 2010 et 2023).

L'accélération de la croissance des dépenses de soins courants à l'hôpital s'observe également en Europe de l'Ouest et du Sud, où ces dépenses avaient progressé plus modérément dans les années 2010 (de +0,4 % par an au Danemark à +4,2 % par an en Belgique ; +2,0 % par an en moyenne en France), voire baissé (-0,7 % en moyenne annuelle en Italie, et même -3,3 % en Grèce du fait de la crise économique).

L'Allemagne, la Suède et le Danemark font exception avec une évolution des dépenses en 2023 inférieure à celle d'avant crise. En Allemagne, les dépenses n'augmentent que de 1,3%, contre +3,6% en moyenne entre 2010 et 2019.

Graphique 3 Évolution des soins courants à l'hôpital en 2023, et entre 2010 et 2019



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.

5. Évolution 2013-2019.

Note > Les évolutions ont été réalisées en euros courants. La moyenne de l'Union européenne a été calculée hors Malte.

Lecture > En 2023, en France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 7,1 %. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 2,0 % par an en moyenne.

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

Une offre d'hospitalisation majoritairement publique ou non lucrative

Si le financement des dépenses hospitalières est majoritairement public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. En Europe, il existe trois types de structures 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. Dans les pays de l'OCDE étudiés, l'offre d'hospitalisation complète (séjours avec nuitées), mesurée par le nombre de lits, provient en grande partie d'établissements hospitaliers à but non lucratif (graphique 4). En France, 76 % des lits sont en effet proposés par des hôpitaux à but non lucratif (publics ou privés) en 2023.

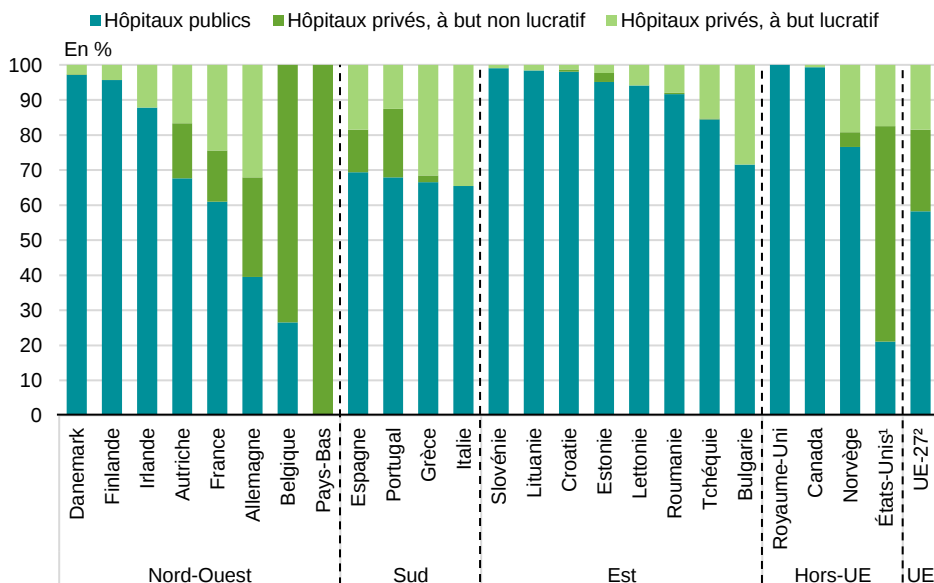
La répartition des lits entre le secteur public et le secteur privé diffère toutefois selon le pays. En France, l'offre hospitalière est pourvue à 61 % par les hôpitaux publics en 2023, légèrement au-dessus de la moyenne de l'UE-27 (58 %). Au Danemark et dans la quasi-totalité des pays de l'est de l'Europe, plus de 90 % des lits sont proposés par des hôpitaux publics. Hors Europe, certains pays s'appuient presque exclusivement sur les hôpitaux publics **pour assurer** leur offre hospitalière : 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.

La part des lits pourvus par des institutions privées lucratives est inférieure à 20 % dans les pays étudiés, à l'exception de l'Italie (35 %), de l'Allemagne (32 %), de la Grèce (32 %), de la Bulgarie (28 %) et de la France (24 %). Ces écarts mettent en lumière d'importantes disparités entre les pays européens 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, Maarse, 2020). C'est notamment le cas en Allemagne et aux États-Unis (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 à but lucratif (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits selon la structure hospitalière en 2023



1. Données 2022.

2. 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 2023, 61 % des lits d'hôpital sont dans des établissements publics, 15 % 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'efficience 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 2023, le nombre de lits de soins aigus (*encadré 1*) pour 1 000 habitants s'établit à 3,7 en moyenne dans l'UE-27 ; en France, ce ratio est inférieur : 2,7 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 (7,2 lits) et l'Allemagne (5,7 lits pour 1 000 habitants en 2023). 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. L'Allemagne, la Belgique et l'Autriche sont également très pourvues. À l'inverse, les pays du nord de l'Europe ont peu de lits de soins aigus : 1,3 lit en Suède pour 1 000 habitants, 1,8 au Danemark, 2,2 en Finlande. Les pays du sud de l'Europe sont dans une situation intermédiaire (entre 2,5 et 3,8 lits pour 1 000 habitants).

Un virage ambulatoire plus ou moins prononcé selon les États

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 la qualité 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). La France a largement amorcé ce virage ambulatoire (Cazenave-La-crouz, 2025), ce qui n'est pas le cas de l'Allemagne : ainsi, alors qu'elle affiche un nombre de lits pour 1000 habitants près de deux fois supérieur à celui de la France, l'Allemagne compte seulement 0,4 place d'hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuit à l'hôpital) pour 1000 habitants en 2021 contre 1,2 places en France (Minery, Or, 2024).

La chirurgie de la cataracte et les amygdalotomies illustrent les écarts entre pays concernant le virage ambulatoire : en 2020, en France, 97 % des opérations de la cataracte et 41 % des amygdalotomies sont réalisées avec une hospitalisation partielle. Ces parts sont beaucoup plus faibles dans certains pays plus dotés en lits de soins aigus : en Lituanie et en Hongrie, cette part varie entre 60 % et 70 % pour la chirurgie de la cataracte et avoisine 0 % pour la chirurgie des amygdales ; en Allemagne, 87 % des opérations de la cataracte mais seulement 16 % des

amygdalotomies sont réalisées en hospitalisation partielle en 2021 (Minery, Or, 2024).

Si la réorganisation de l'offre hospitalière permet de réduire les dépenses hospitalières, certains coûts sont toutefois en partie reportés sur les soins de suite et de réadaptation et les services de proximité qui prennent le relais après les interventions.

Un nombre d'hospitalisations en baisse dans la quasi-totalité des pays étudiés depuis 2010

En 2023, on compte en moyenne 148 hospitalisations complètes pour 1 000 habitants au sein de l'UE-27 (*graphique 6*). Une tendance à la baisse s'observe depuis 2010 : le ratio est passé de 165 à 159 hospitalisations pour 1 000 habitants entre 2010 et 2019. Cette diminution s'est accentuée ces dernières années, dans un contexte marqué par la crise du Covid-19 (Didier, Lefebvre, 2024).

Le nombre d'hospitalisations est très hétérogène dans les pays étudiés : en Europe du Nord-Ouest, il varie de 221 pour 1 000 habitants en Allemagne à 125 en Suède. En France, il s'établit à 155 en 2023 après 174 en 2019 et 186 en 2010, témoignant du virage ambulatoire qui s'est opéré dans la dernière décennie.

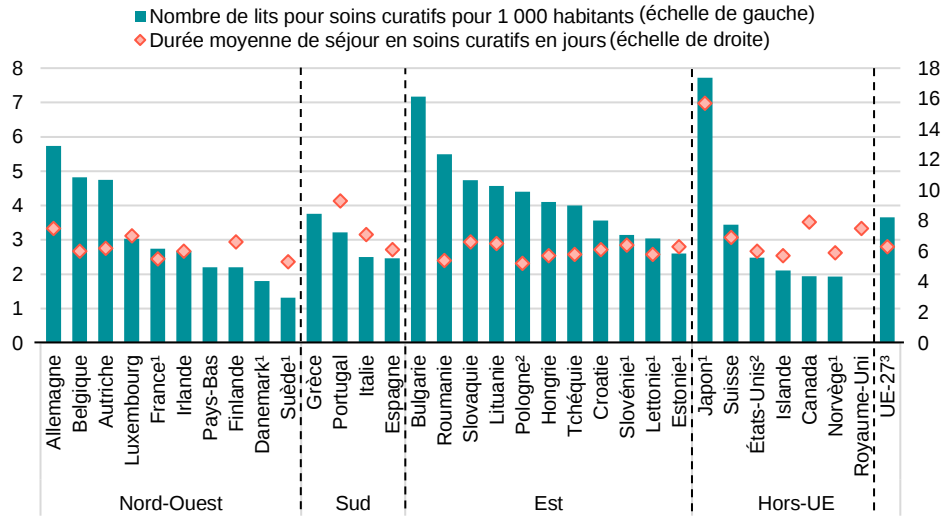
Ce sont les pays de l'est de l'Europe qui présentent l'évolution la plus spectaculaire : à l'exception notable de la Pologne et dans une moindre mesure de la Lettonie, tous les pays de la région ont vu leur nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants diminuer de plus 10 % entre 2010 et 2023 : la baisse atteint jusqu'à 28 % en Lituanie et 25 % en Roumanie.

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'efficience du système hospitalier, les séjours de longue durée pouvant résulter d'une mauvaise coordination des soins (OCDE, 2023). En 2023, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus en France est de 5,5 jours (*graphique 5*). Cette durée est proche de celle de la Suède (5,3 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). Ce résultat rejoint les conclusions du dernier rapport de la Commission européenne et de l'OCDE, qui pointait la faible efficience du système hospitalier allemand, possiblement en lien avec son organisation (petits hôpitaux, faiblesse des ressources humaines et des équipements techniques) [OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019].

Enfin, la durée moyenne de séjour particulièrement élevée au Japon (15,7 jours) s'explique par une prise en charge forte de la dépendance sévère (vieillesse, invalidité) par l'hôpital, qui se retrouve de fait à assurer des soins de longue durée. ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2023



1. Pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

2. Données 2022.

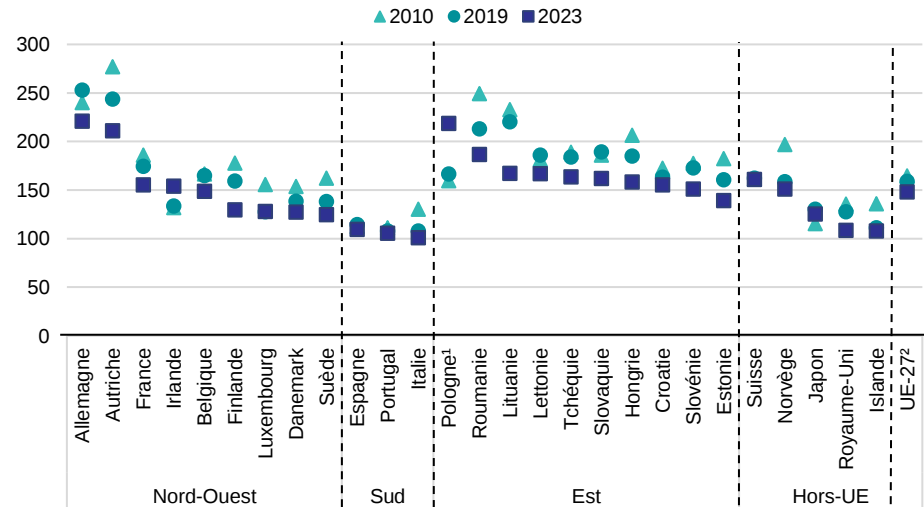
3. La moyenne de l'UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels les données sont disponibles (il s'agit d'une moyenne pondérée par le nombre d'habitants de ces pays).

Note > 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).

Lecture > En 2023, 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'hospitalisations pour 1 000 habitants en 2023, en 2019 et en 2010



1. Rupture de série en 2023.

2. 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 2023, en France, le nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants est de 155. Il était de 174 en 2019 et de 186 en 2010.

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé : Ressources en santé (*Healthcare resources*, OCDE).

Encadré 1 Définitions

- > Les **soins courants à l'hôpital** correspondent aux soins hospitaliers avec ou sans nuit passée à l'hôpital.
- > 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.
- > A l'inverse, lorsque le patient est accueilli pour une durée inférieure à 24 heures (pas de nuitée), on parle d'**hospitalisation partielle** ou d'hospitalisation de jour selon les cas. Cela inclut par exemple les venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, ou certains services médicaux délivrés à des patients officiellement admis et sortis le jour même. Cela exclut les séances de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie.
- > Les **lits d'hôpital** correspondent aux lits qui sont entretenus et disponibles (c'est-à-dire qu'ils disposent du personnel nécessaire pour les faire fonctionner). Sont inclus les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés, hors lits des établissements de soins de longue durée. Les lits destinés à des hospitalisations sans nuitée ne sont pas comptabilisés.
- > Les **lits de soins aigus** sont des lits réservés aux soins curatifs, hors soins palliatifs, soins de longue durée, ou soins de suite et de réadaptation. Ils sont différents des lits de soins intensifs, ensemble plus restreint qui concerne des prises en charge plus lourdes pour des patients en état critique. En théorie, les séjours en psychiatrie ne sont inclus que s'ils correspondent à des soins curatifs. Toutefois, de nombreux pays n'arrivant pas à faire la distinction entre soins curatifs et soins non curatifs pour les lits en psychiatrie, ces séjours sont traités de manière hétérogène. Ainsi, la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède incluent l'ensemble des soins psychiatriques dans cette catégorie, qu'ils soient curatifs ou non. Pour d'autres pays, les lits de soins aigus incluent uniquement les **lits pour soins curatifs somatiques** autrement dit, les seuls lits réservés à la prise en charge des maladies physiques (par opposition aux maladies psychiques).
- > La **durée moyenne des séjours** porte uniquement sur les séjours d'au moins une nuit, c'est-à-dire en hospitalisation complète.

Pour en savoir plus

- > **Bizard, F.** (2019). Étude de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. *Le Praticien en anesthésie réanimation*, 23(4), pp. 207-219.
- > **Cazenave-Lacroutz, A.** (2025, juillet). *Les établissements de santé en 2023 – Édition 2025*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES.
- > **Didier, M., Lefebvre, G. (dir.)** (2024). *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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** (2024, juillet). Current health expenditure increased by 4.7% in 2023, a slower pace than GDP.
- > **Minery, S., Or, Z.**, (2024, mars). *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*. Irdes, rapport, 590.
- > **OCDE** (2023). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : Édition de l'OCDE.
- > **OCDE** (2025). *OECD Economic Surveys: Poland 2025*, 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 2023, les soins ambulatoires représentent en moyenne près de 20 % des dépenses de santé dans l'Union européenne à 27 (UE-27), et 17,9 % en France. Ces dépenses augmentent dans la quasi-totalité des pays étudiés en 2023, avec une progression généralement plus marquée que celle observée en moyenne entre 2010 et 2019, à l'exception de quelques pays dont la France. 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 2023, la France consacre 850 euros PPA santé par habitant aux soins ambulatoires : ce montant est comparable aux autres pays du Nord-Ouest et supérieur à la moyenne de l'UE-27 (750 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 est proche de 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 réadaptation 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 31). 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 2023³, la part des dépenses ambulatoires dans la DCSi varie dans les pays étudiés (graphique 1) : de 9,7 % en Roumanie à 34,3 % en Finlande. En France, elle s'élève à 17,9 %, un niveau proche de la moyenne de l'UE-27 (19,5 %) et supérieur à celui observé en Allemagne (14,3 %).

En 2023, les dépenses de soins ambulatoires augmentent dans la quasi-totalité des pays étudiés

Une hausse dans presque tous les pays, avec toutefois de fortes disparités

En 2023, les dépenses de soins ambulatoires augmentent dans la quasi-totalité des pays étudiés (graphique 2), à l'exception du Japon (-7,6 %) et de la Lettonie (-20,7 %). Au sein de l'UE-27, la croissance des dépenses de soins ambulatoires est de 6,7 % en moyenne avec, cependant, de fortes disparités selon les pays. Dans le nord et l'ouest de l'Europe, les dépenses de soins ambulatoires varient de +2,5 % en France – pays de l'UE-27 où les dépenses ambulatoires augmentent le moins – à +12,0 % au Luxembourg. Dans le sud de l'Europe, la hausse est plus marquée en Grèce (+12,6 %) qu'en Espagne (+6,0 %) et à Chypre (+5,6 %).

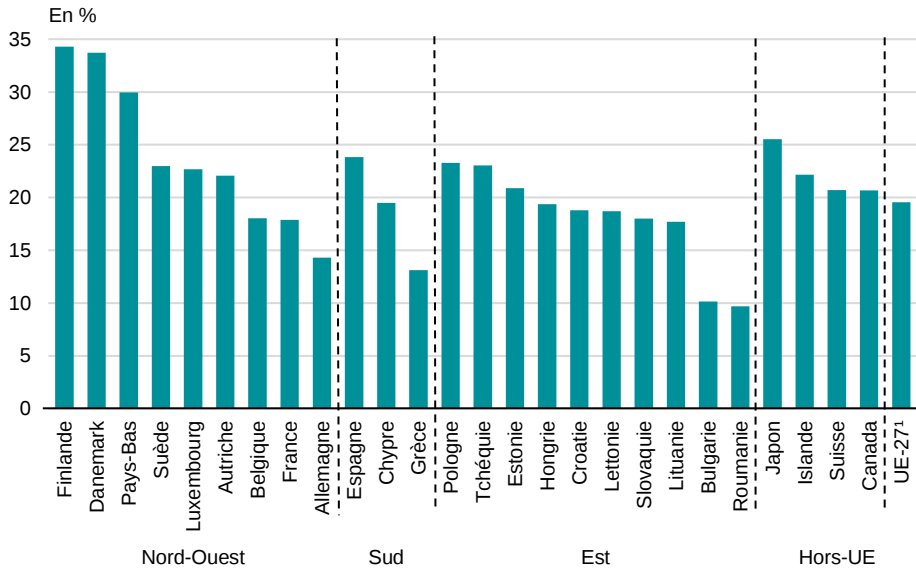
C'est en Europe de l'Est que les dépenses de soins ambulatoires augmentent le plus fortement en 2023 : +19,5 % en Estonie, +20,8 % en Roumanie ou encore +20,9 % en Pologne. Les dépenses augmentent cependant de manière plus mesurée en Lituanie (+3,8 %), et diminuent même en Lettonie pour la seconde année consécutive, contrebalançant la hausse exceptionnelle observée en 2021 (Dier, Lefebvre, 2024).

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.

³ Année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.

Graphique 1 Part des dépenses ambulatoires dans la DCSi en 2023



1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Lecture > En 2023, en France, les soins ambulatoires représentent 17,9 % 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.

Des dépenses plus dynamiques qu'entre 2010 et 2019 pour de nombreux pays

Entre 2010 et 2019, les dépenses de santé consacrées aux soins ambulatoires ont augmenté dans la plupart des pays étudiés, à l'exception du Luxembourg (-0,6 % par an en moyenne entre 2010 et 2019) et de la Grèce (-4,2 % par an). La croissance est particulièrement soutenue en Roumanie, où les dépenses ont augmenté de 10,1 % par an en moyenne, mais aussi en Estonie (+8,2 % par an) et en Pologne (+7,8 %).

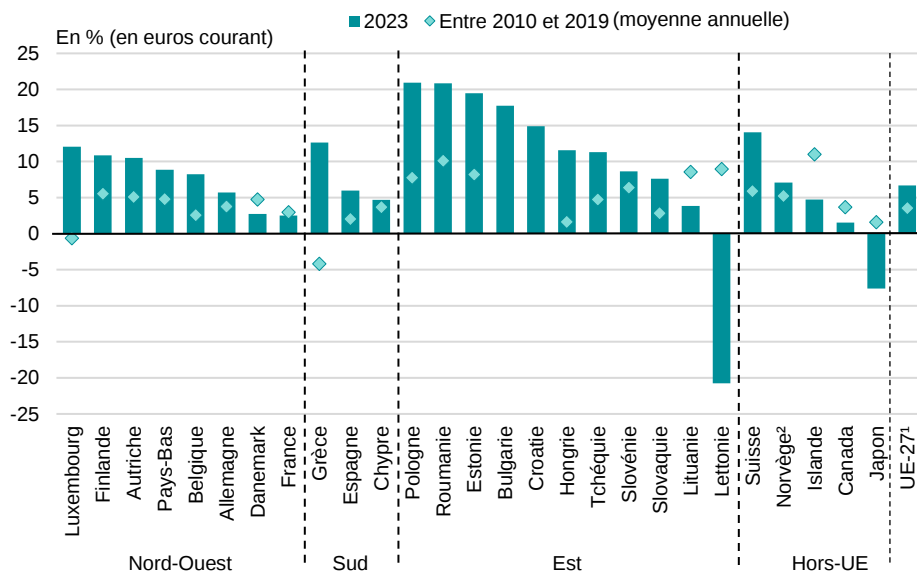
L'année 2023 marque une accélération dans la hausse des dépenses de soins ambulatoires. Entre 2010 et 2019, elles ont augmenté en moyenne de 3,5 % par an dans l'UE-27 : ce taux de croissance est presque deux fois plus élevé en 2023. La France est un des quatre pays dans lesquels la croissance observée en 2023 est inférieure à celle de la décennie précédente : +3,0 % par an en moyenne entre 2010 et 2019. C'est aussi le cas du Danemark, avec +2,7 % en 2023 après +4,7 % par an entre 2010 et 2019, de la Lituanie (+3,8 % après +8,6 %) et, logiquement, de la Lettonie (+8,9 % par an en moyenne entre 2010 et 2019).

La France légèrement au-dessus de 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 santé (PPA santé) sont utilisées : dans tout pays, un euro en PPA santé correspond ainsi à un euro en France. En 2023, la France a consacré 850 euros PPA santé par habitant pour les soins ambulatoires ; c'est moins que le Danemark (1 450 euros PPA santé) et la Finlande (1 150 euros PPA santé), mais plus que la moyenne des pays de l'UE-27 (750 euros PPA santé) [graphique 3].

De manière générale, les dépenses de soins ambulatoires sont plus élevées dans les pays du nord-ouest de l'Europe que ceux du sud et de l'est de l'Europe. Les écarts sont toutefois très élevés au sein même de ces groupes de pays : de 300 euros PPA santé en Bulgarie et en Grèce à 1 050 euros PPA santé en Tchéquie et 700 euros PPA santé en Espagne.

Graphique 2 Évolution des soins ambulatoires hors dentaire, en 2023 et entre 2010 et 2019

1. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

2. Données 2022.

Lecture > En 2023, en France, les dépenses de soins ambulatoires ont augmenté de 2,5 %. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 3,0 % 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.

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 et les soins ambulatoires à l'hôpital.

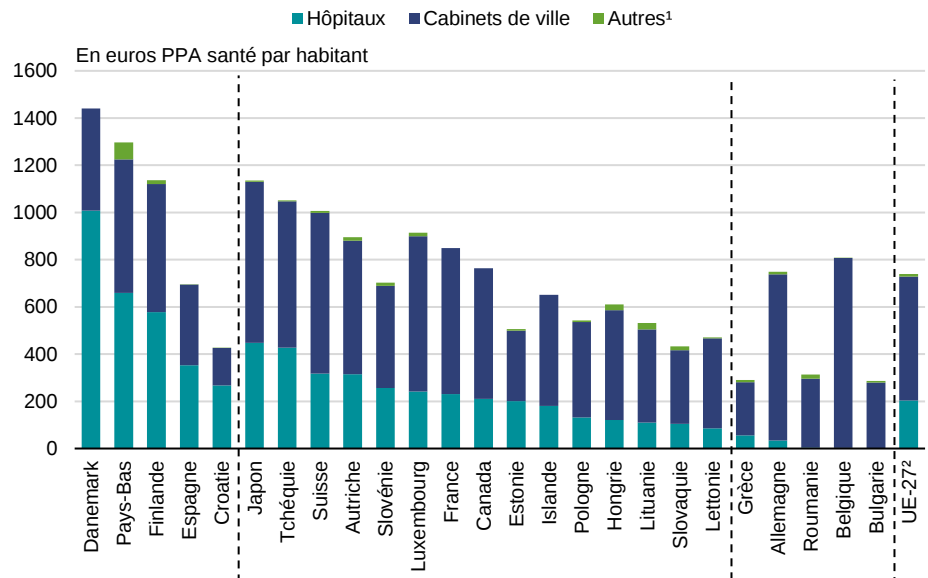
Dans la plupart des pays du nord et du sud de l'Europe, les hôpitaux sont des prestataires majeurs de soins ambulatoires (OCDE, 2023). Les soins ambulatoires sont ainsi dispensés de manière relativement égale entre les cabinets de ville et les hôpitaux publics aux Pays-Bas (respectivement 550 et 650 euros PPA santé), en Finlande (550 et 650 euros PPA santé) ou en Espagne (350 euros PPA santé dans les deux cas) [graphique 3].

En France, en Suisse, en Tchéquie et dans la plupart des pays d'Europe de l'Est, les hôpitaux fournissent une part substantielle des soins ambulatoires, mais plus faible que celles fournies par les soins de ville :

600 euros PPA santé pour les soins de ville, contre 200 euros PPA santé à l'hôpital en France ; 700 contre 300 euros PPA santé en Suisse ; 600 contre 400 euros PPA santé en Tchéquie.

Enfin, dans certains pays, notamment en Allemagne, en Belgique, en Roumanie et en Bulgarie, les soins ambulatoires sont même presque exclusivement dispensés en ville : 800 euros PPA santé pour les soins de ville contre 3 euros PPA santé à l'hôpital en Belgique ; 300 contre 4 euros PPA santé en Roumanie. En Allemagne, les soins en cabinet de ville représentent 95 % des soins ambulatoires (700 contre 50 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, Or, 2024).

Graphique 3 Dépenses de soins ambulatoires hors dentaire en 2023, réparties entre hôpitaux et cabinets de ville



Pays où les dépenses ambulatoires à l'hôpital sont supérieures ou égales à celle en cabinet de ville (à gauche) ; où les dépenses ambulatoires à l'hôpital sont inférieures à celle en cabinet de ville (au centre) ; et où les dépenses ambulatoires à l'hôpital sont très faibles (à droite).

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.

2. Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles en 2023.

Note > Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et de services de santé standards pour l'année 2023. Elles permettent de tenir compte des 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), de sorte que chaque euro corresponde à un « euro français ».

Lecture > En France, en 2023, chaque habitant consomme 850 euros PPA santé de soins ambulatoires. Parmi eux, 619 euros PPA santé sont consommés en cabinet de ville et 231 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 celle de la DCSi

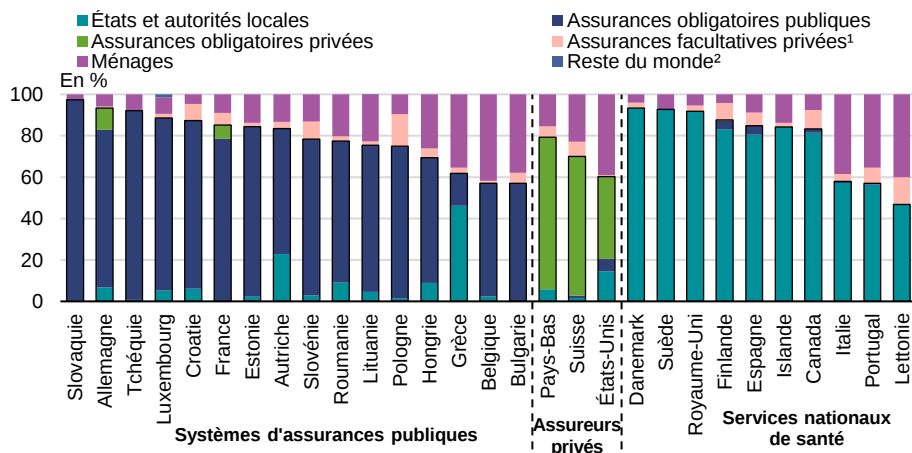
La structure de financement des soins ambulatoires est proche de celle du total de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), hormis pour la contribution des ménages, dont la part diffère plus ou moins selon les pays (fiche 27).

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, une grande partie des dépenses sont couvertes par l'assurance maladie (de 97 % des dépenses de soins ambulatoires en Slovaquie à 57 % en Bulgarie et 55 % en Belgique) [graphique 4]. La Grèce fait figure d'exception avec un financement beaucoup plus important de l'État dans l'ambulatoire (46 %) que dans la DCSi en général (29 %) et, symétriquement, une part beaucoup plus faible de l'assurance publique obligatoire : 16 %, contre 32 % dans la DCSi (fiche 27). En France, l'Assurance maladie finance 78 % des dépenses de soins ambulatoires, contre 74 % pour la DCSi.

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, ce sont les assurances privées obligatoires qui prennent en charge la majorité des coûts : 73 % aux Pays-Bas et 67 % en Suisse ; une part bien plus élevée que pour la DCSi dans son ensemble (respectivement 51 % et 42 % financés par le privé obligatoire).

Enfin, dans les systèmes nationaux de santé, l'État est le principal financeur des dépenses de soins ambulatoires : il couvre de 47 % de ces dépenses 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 diffère de celle de la DCSi, de manière variée selon les pays. Elle est généralement 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 4 Financement des soins ambulatoires, hors dentaire, en 2023

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 2023, les dépenses de soins ambulatoires sont financées à 78 % par les assurances publiques obligatoires, à 7 % 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.

Encadré 1 Définitions

- > L'**hospitalisation à domicile** est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle qui permet d'assurer, au domicile des patients, des soins médicaux et paramédicaux continus, coordonnés et complexes, qui seraient autrement réalisés en établissement de santé.
- > Les **soins ambulatoires** au sens de cette fiche, correspondent aux soins curatifs et de réadaptation en cabinet de ville (HC1.3 et HC2.3) et à domicile (HC1.4 et HC2.4) [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

- > **Didier, M., Lefebvre, G.** (2024, septembre). *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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.

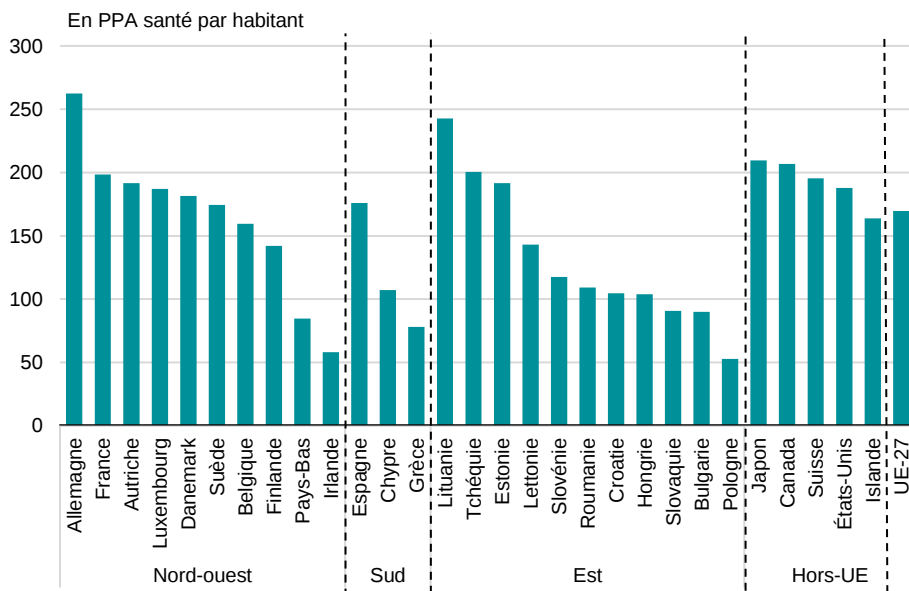
En 2023, la France consacre 200 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) en santé par habitant aux dépenses de soins dentaires, soit plus que la moyenne de l'Union européenne à 27 (UE-27) [170 euros en PPA santé]. Les dépenses par habitant varient fortement dans les pays étudiés, de même que les taux 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 17 %, tandis qu'il est de 39 % en moyenne dans l'UE-27. Dans certains pays comme la Grèce ou l'Espagne, l'intégralité des soins dentaires ou presque restent à la charge des ménages, sans remboursement. La part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires, publics et privés, est inférieure à 50 % dans la plupart des pays.

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 170 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 260 euros PPA santé par habitant en Allemagne à 50 euros PPA santé en Pologne. Avec 200 euros PPA santé consacrés aux

dépenses de soins dentaires par habitant en 2023, la France se situe un peu au-dessus de la moyenne européenne. 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 transparait au sein même de ce groupe : l'Allemagne dépense 3 fois plus que les Pays-Bas (85 euros PPA santé par habitant), et près de 5 fois plus que l'Irlande (58 euros PPA santé par habitant).

Graphique 1 Les dépenses de soins dentaires par habitant en 2023



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 2023, en France, les dépenses de soins dentaires s'élèvent à 198 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 des soins dentaires partielle et 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 quatre pays uniquement : la France, l'Allemagne, les États-Unis, et la Croatie (graphique 2). À l'inverse, cette part est inférieure à 10 % en Suisse, au Canada, en Roumanie, en Lettonie, en Espagne et en Grèce.

La prise en charge par les assurances facultatives est par ailleurs globalement faible, à l'exception du Canada et des Pays-Bas (54 % et 45 % des dépenses de soins dentaires respectivement). En France, les assurances facultatives couvrent 18 % des dépenses de soins dentaires, au-dessus de la moyenne européenne (9 %), mais en dessous des niveaux de la Slovénie (26 %) et du Luxembourg (21 %).

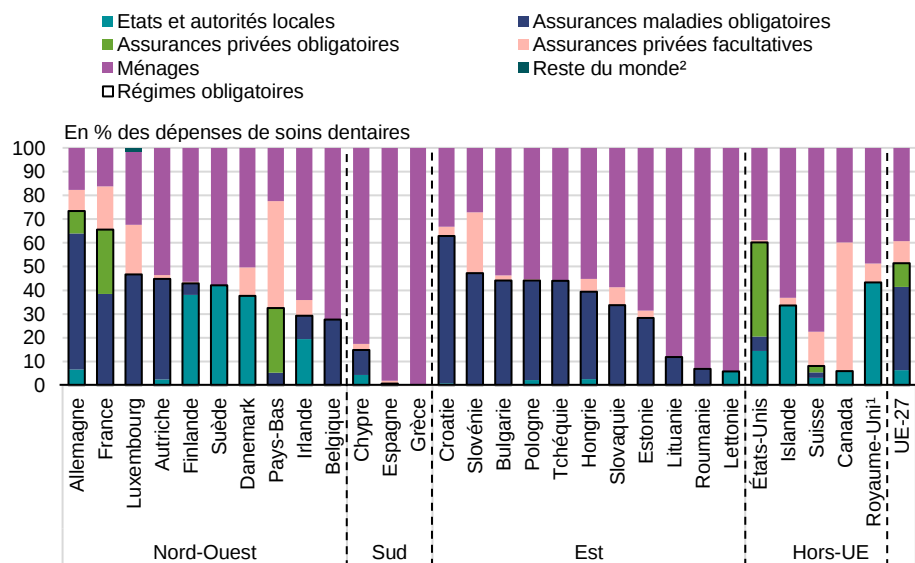
Le reste à charge (RAC) moyen des ménages est, quant à lui, extrêmement hétérogène : il varie de 100 % en Grèce et 98 % en Espagne à 17 % en France. Dans le cas français, ce faible niveau s'explique en partie par le dispositif 100 % santé, mis en place progressivement entre 2019 et 2021, qui permet à l'assuré de bénéficier

d'un remboursement intégral de certains soins et équipements dentaires (notamment des prothèses) par l'Assurance maladie et les complémentaires santé, sans reste à charge (Lapinte, *et al.*, 2024).

Dans certains pays d'Europe de l'Est ou du Sud, les soins dentaires ne sont remboursés que très marginalement voire pas du tout : le RAC dépasse 88 % en Roumanie, en Lettonie, en Lituanie, en Espagne et en Grèce. Dans ces pays, la couverture publique réduite des soins dentaires peut être mise en regard avec le plus faible niveau de dépenses de santé (fiche 26) : de 5,8 % du PIB en Roumanie à 9,2 % en Espagne en 2023 contre 10,0 % du PIB en moyenne dans l'UE-27.

Ces moyennes nationales peuvent 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 bénéficient 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).

Graphique 2 Les dépenses de soins dentaires, par type de financement en 2023



1. Données 2022.

2. Le reste du monde correspond en grande partie au financement de l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.

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 2023, en France, les dépenses de soins dentaires sont financées à 66 % par les régimes publics ou privés obligatoires, à 18 % par les régimes privés facultatifs et à 16 % par les ménages.

Sources > DREES, comptes nationaux de la santé (France) ; OCDE, Statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

- > **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.
- > **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*.



Vue d'ensemble

La CSBM et ses composantes

Le financement de la CSBM

La DCSi et son financement

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes



Tableaux détaillés

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat historique des comptes de la santé (les séries les plus longues commencent en 1950), représente la valeur totale de la consommation des biens et services consommés sur le territoire français 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, les soins de longue durée, la prévention institutionnelle, ainsi que les dépenses de gestion et de fonctionnement du système. Ces trois composantes sont comptabilisées avec la CSBM dans la dépense courante de santé au sens international (la DCSi). Elle exclut également des dépenses qui ne concourent pas directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, comme les majorations pour des chambres individuelles en établissement hospitalier. Les indemnités journalières de Sécurité sociale (qui sont des revenus de remplacement et non de la consommation de santé) ne sont également pas comptabilisées dans la DCSi.

La CSBM regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers des secteurs public et privé (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux consommés lors des séjours, y compris les cures thermales) ;
- la consommation de soins ambulatoires, qui caractérise les soins effectués en ville, dans une acception qui regroupe :
 - les soins en cabinet libéral : soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les dentistes ;
 - les soins en centre de santé ;
 - les activités techniques et auxiliaires : analyses et prélèvements en laboratoire de biologie médicale, imagerie médicale en ville (en centre d'imagerie), transports sanitaires.
- la consommation de biens médicaux en ambulatoire comprenant les médicaments (qu'ils soient vendus en officine ou rétrocédés par des pharmacies hospitalières) et les dispositifs médicaux (optique médicale, véhicules pour personnes en situation de handicap, audioprothèses, prothèses et orthèses, divers matériels et consommables).

Cette ventilation par poste repose sur une décomposition de la dépense en fonction du fournisseur du soin : ainsi, les honoraires des praticiens exerçant en clinique sont comptés avec les dépenses de soins hospitaliers. En cela, les comptes de la santé s'écartent des concepts qui président à la construction de l'Objectif national de dépenses d'Assurance maladie, pour lesquels les honoraires en clinique sont assimilés aux honoraires en ville, car facturés de la même manière.

Les comptes de la santé sont également ventilés par financeur, correspondant à des secteurs institutionnels de la comptabilité nationale : l'État et les collectivités territoriales (S1311 et S1313), la Sécurité sociale (S1314), les organismes complémentaires (S12) et les ménages (S14).

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, les entreprises, etc. Son périmètre est défini par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du *System of Health Accounts*.

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 courante car elle exclut les dépenses d'investissement. 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 en théorie sur le champ de la consommation des résidents¹ sur le territoire national. 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

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.

(sans soustraire la consommation des non-résidents sur le territoire national, ni ajouter la consommation des résidents hors du territoire national).

La DCSi, selon les normes internationales en vigueur, se décomposent selon trois dimensions : la fonction de la dépense (HC – *Health Care functions*), le fournisseur de la dépense (HP – *Health care Providers*) et le financeur (HF – *Health care Financing schemes*).

L'axe HC : les dépenses de santé par fonction

L'axe HC correspond à la *fonction* de la dépense de santé. Il recouvre :

- Les soins curatifs (HC.1) : 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. ;
- Les soins de rééducation (HC.2) : 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, des actes de rééducation ostéo-articulaire des kinésithérapeutes, des actes des orthophonistes ;
- Les soins de longue durée (HC.3) : cette catégorie recouvre les soins à visée palliative, qui 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. Ces soins concernent principalement les personnes en perte d'autonomie, âgées et/ou handicapées ;
- Les services auxiliaires (HC.4) : ce sont les activités techniques et auxiliaires de la CSBM (imagerie médicale, analyses et prélèvements de biologie médicale, transports sanitaires), qui, au sein d'un système coordonné de soins, fournissent des services d'aide au diagnostic et de surveillance, sans avoir d'objectif (curatif, de rééducation, ou palliatif) identifié ;
- Les biens médicaux (HC.5) : ils regroupent les médicaments et les dispositifs médicaux, qui se distinguent entre dispositifs médicaux consommables et dispositifs médicaux réutilisables (dont optique médicale et audioprothèses). Tous les médicaments et dispositifs médicaux sont concernés par cette catégorie, peu importe le lieu de dispensation ;
- Les dépenses de prévention (HC.6) : la prévention vise à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et maladies, leurs conséquences ou leurs complications. Cette catégorie n'inclut que les dépenses spécifiquement identifiées comme de la prévention. Elle exclut donc les dépenses de prévention réalisées à l'hôpital (séjours de sevrage alcoolique, par exemple) ou en ville (visites de surveillance chez le pédiatre par exemple), qui ne sont pas spécifiquement identifiées comme des actions de prévention envers le patient. Elle inclut cependant les consultations chez le médecin qui sont spécifiquement identifiées comme des examens de santé dans le cadre de bilans de routine. Cette catégorie inclut principalement des dépenses finançant des fonds ou des campagnes, nationaux ou territoriaux, publics ou privés (médecine scolaire, médecine du travail, subventions au Planning familial, etc.).
- Les coûts de gestion du système de santé (HC.7) : cette catégorie recouvre l'ensemble des services dédiés au système de santé, en complément des services liés aux soins. En France, il s'agit 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 ainsi que les programmes budgétaires du ministère chargé de la santé, y compris celui des agences régionales de santé (ARS).

La CSBM est constitué de l'ensemble formé par les catégories HC.1, HC.2, HC.4 et HC.5. Regroupés ensemble, les soins curatifs et de rééducation forment les soins courants. Les soins courants ainsi que les soins de longue durée peuvent également être ventilés selon une nomenclature commune par mode de prise en charge : en établissement (hospitalisation/hébergement), de jour, en ambulatoire, à domicile.

L'axe HP : les dépenses de santé par fournisseur

L'axe HP correspond à la *nature* du fournisseur de santé. Il recouvre :

- Les hôpitaux (HP.1) : cette catégorie désigne les 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 des secteurs public et privé, indépendamment de la nature des soins ;
- Les établissements résidentiels pour soins de longue durée (HP.2) : ce sont les établissements sanitaires hors hôpitaux fournissant des soins de longue durée, combinant une activité sanitaire avec 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 ;

- Les fournisseurs en ville (HP.3) : ce sont les lieux d'accueil des patients en ambulatoire sans hébergement. Ils regroupent les cabinets libéraux des professionnels de santé et les centres de santé ;
- Les fournisseurs de services auxiliaires (HP.4) : ce sont les laboratoires de biologie médicale, les centres d'imagerie, et les transports sanitaires, hors structures hospitalières ;
- Les fournisseurs de biens médicaux (HP.5) : ce sont les pharmacies, les opticiens, les audioprothésistes, et les fournisseurs de prothèses, orthèses, et autres ;
- Les fournisseurs de prévention (HP.6) : ce sont les institutions dont la mission est de mener des campagnes de prévention et de santé publique ;
- Les fournisseurs de gouvernance (HP.7) : ce sont les institutions dont la mission est la régulation et l'administration du système de santé ;
- Le reste de l'économie (HP.8) : cela désigne tous les fournisseurs de santé non classés ailleurs (les taxis assurant des transports sanitaires, les ménages fournissant des soins de longue durée, etc.).

L'axe HF : les dépenses de santé par financeur

L'axe HF correspond aux *financeurs* de la dépense de santé. Il recouvre :

Pour le système de financement français, les acteurs sont les suivants :

- L'État et les collectivités locales (HF.1.1) : en France, l'État compose presque exclusivement cette catégorie, les collectivités locales n'intervenant que dans le financement des soins de longue durée et des dépenses de prévention ;
- La Sécurité sociale (HF.1.2.1) : l'ensemble des dépenses des caisses d'Assurance maladie ;
- Les dépenses financées au titre des contrats collectifs des organismes complémentaires (HF.1.2.2) ;
- Les dépenses financées au titre des contrats individuels des organismes complémentaires (HF.2.1) ;
- Les dépenses financées par les sociétés non financières (HF.2.3) : la santé financée par les entreprises correspond quasi intégralement en France au financement de la médecine du travail ;
- Les dépenses à la charge des ménages (HF.3) : financées directement par les ménages, ces dépenses sont un reste à charge après Assurance maladie obligatoire et après Assurance maladie complémentaire.

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 plusieurs ordres. La CSBM et la DCSi incluent toutes les dépenses de santé quel que soit le financeur, tandis que l'Ondam ne compte que les dépenses de l'Assurance maladie. L'Ondam inclut par contre les indemnités journalières, exclues des comptes de la santé.

Par ailleurs, le champ de l'Ondam n'inclut pas les dépenses du fonds d'intervention régionale (partiellement prises en compte dans les comptes de la santé).

Les remises conventionnelles et les soins hospitaliers publics sont concernés par des écarts d'enregistrement comptable entre l'Ondam et les comptes de la santé. Les remises conventionnelles globales calculées sur l'ensemble du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques 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 les 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 incluses dans l'Ondam : ils excluent notamment les dotations à l'Agence nationale de développement professionnel continu, considérées comme finançant de la formation et non de la 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 ; ils excluent enfin les dépenses d'investissements comptées dans l'Ondam, qui ne sont pas des dépenses courantes de santé.

Méthodologie d'évaluation de la CSBM selon le caractère marchand ou non

Évaluer la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) 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.). 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. Dans les comptes de la santé, les soins en clinique et les soins ambulatoires sont des services marchands, et les biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) consommés en ambulatoire sont des biens marchands ;
- 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 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 pas retenus pour estimer leur valeur économique. Cette dernière est estimée par la somme des coûts impliqués dans le processus de production (les salaires versés et les consommations intermédiaires, y compris autres impôts à la production nets des subventions d'exploitation). Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers publics sont 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 (la CSBM) diffère par certains points de celle du cadre central des comptes nationaux (la consommation effective des ménages en santé).

Le cadre central évalue la consommation au prix facturé y compris les taxes et subventions sur produits (la TVA par exemple). En accord avec les conventions internationales établies par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du System of Health Accounts, norme de référence internationale pour la production des comptes de la santé, les comptes de la santé définissent la CSBM comme une consommation effective des ménages en santé « ajustée », qui intègre les formes de subventions d'exploitation (subventions à la production) versées aux professionnels ou aux établissements de santé. Ainsi par exemple, les prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé exerçant en secteur 1, incluses dans la CSBM, sont exclues de l'estimation de la consommation effective des ménages en santé du cadre central. De même, les remises conventionnelles sur les biens médicaux, versées par les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux à l'Assurance maladie sont comptées dans la CSBM comme des moindres dépenses, qui réduisent le financement des biens médicaux par la Sécurité sociale. En accord avec les conventions internationales des comptes de la santé, les remises conventionnelles, si elles n'ont pas d'effet direct sur le prix TTC, puisqu'elles sont versées directement à l'Assurance maladie, contribuent à diminuer le prix TTC global des biens médicaux concernés. Dans le cadre central de la comptabilité nationale, seules les remises conventionnelles dites ATU (autorisation temporaire d'utilisation) sont prises en compte, les autres remises produites étant comptabilisées comme des impôts.

Certaines dépenses hors champ de la CSBM, incluses dans l'agrégat plus large de la DCSi (voir *infra*), sont incluses dans la consommation effective des ménages en santé, car relevant de la consommation des ménages : c'est le cas notamment des tests et dépistages réalisés en laboratoire de biologie médicale, qui sont des dépenses de prévention au sens des comptes de la santé, ainsi que des soins de longue durée fournis par des infirmières ou des kinésithérapeutes.

L'estimation des soins hospitaliers publics

Les soins hospitaliers sont décomposés dans les comptes de la santé entre secteur public et secteur privé, le premier relevant de la catégorie des services non marchands, le second des services marchands.

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).

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 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 à partir des financements que l'État leur verse.

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 (paiements partiels des ménages).

La consommation de soins du secteur hospitalier public est évaluée en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération du personnel, consommation intermédiaire, impôts, subventions et autres charges, ainsi que la consommation de capital fixe. Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier, qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation, l'hôtellerie et la recherche. 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, et en excluant les soins hospitaliers publics en unité de soins de longue durée (classés en soins de longue durée et non en CSBM en accord avec les conventions internationales régissant les comptes de la santé).

Le secteur hospitalier public étant déficitaire, la valeur de la production estimée par les coûts est supérieure à ses recettes. Dans les comptes de la santé, la part financée par la Sécurité sociale intègre donc le déficit des hôpitaux (part des coûts non couverts la même année par des recettes).

L'estimation des soins en clinique et ambulatoire ainsi que des biens médicaux

Les comptes de la santé sont calculés sur le champ de la production marchande à partir des informations sur la consommation de soins et de biens médicaux présentes dans le Système national de données de santé (SNDS).

Le SNDS couvre l'ensemble des dépenses de santé totalement ou partiellement (avec un reste à charge) 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 du ministère de la Santé, permettent également de connaître certaines dépenses des régimes d'assurance maladie qui n'apparaissent pas dans le SNDS, principalement leurs participations aux cotisations sociales de certains 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 soins des professionnels non conventionnés, par l'entreprise OpenHealth pour celles des médicaments et dispositifs médicaux non remboursés et par l'Union nationale des associations agréées pour les soins des auxiliaires médicaux non remboursables (psychologues, ergothérapeutes, diététiciens, psychomotriciens, soins non pris en charge des pédicures-podologues).

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 l'estimation du financement par les organismes complémentaires

Les comptes de la santé estiment une dépense totale, décomposée entre une prise en charge par les administrations publiques (Sécurité sociale et État) et un reste à charge après Assurance maladie obligatoire. Cette deuxième composante est ensuite décomposée entre financement assuré par les organismes complémentaires, et participation directe des ménages.

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 complémentaires d'assurance maladie. Ces états sont transmis à des fins statistiques à la DREES, qui les intègre dans les comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages est ainsi calculé dans les comptes de la santé par différence, comme un reliquat.

L'estimation de la DCSi

En plus de la consommation de soins et de biens médicaux, les comptes de la santé estiment la dépense courante de santé au sens internationale (DCSi), qui y ajoute les dépenses de soins de longue durée, de prévention et les coûts de gestion du système de santé. Si ces dépenses incluent à la marge de la consommation (soins de longue durée prodigués par des kinésithérapeutes, des infirmières ou encore en unité de soins de longue durée à l'hôpital, dépenses de prévention réalisées en laboratoire de biologie médicale ou en pharmacie), elles sont essentiellement d'une nature différente impliquant des sources spécifiques pour les estimer.

Les dépenses de prévention comprennent ainsi les dotations des administrations publiques à des programmes de prévention institutionnelle (par exemple M'T Dents pour la prévention bucco-dentaire), les financements de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), de l'Agence de la biomédecine, de l'Établissement français du sang et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des dépenses de fonds de prévention publics comme privés, et les cotisations des entreprises au financement de la médecine du travail.

Les dépenses dans le champ des soins de longue durée incluent : les prestations médico-sociales (en espèce ou en nature) finançant des aides à la vie quotidienne, versées aux ménages par les administrations publiques ; des estimations de la participation financière des ménages aux dépenses liées au handicap ou à la perte d'autonomie ; le financement de la Sécurité sociale aux établissements médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, établissements spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, etc.).

Les coûts de gestion du système de santé sont estimés à partir des financements versés au ministère chargé de la Santé, des frais de fonctionnement des régimes de Sécurité sociale transmis par la Direction de la Sécurité sociale, ainsi que les frais de fonctionnement de la Haute Autorité de santé, de l'Agence technique de l'information hospitalière, du Centre national de gestion, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et de l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Ils incluent également les charges de gestion des organismes complémentaires (hors subventions d'exploitation et frais de gestion relatifs à la collecte de la taxe de solidarité additionnelle).

Dates d'arrêt des données

Les données utilisées pour les comptes de la santé sont arrêtées aux dates suivantes :

- Mai 2025 pour les données issues du SNDS (inclusion des flux de traitement antérieurs au 31 mai 2025, extraits en juin 2025) ;
- Mars 2025 pour les données comptables des TCDC (millésime 2024 validé par la Direction de la Sécurité sociale et transmis à la DREES) ;
- Juillet 2025 pour les états comptables et prudentiels collectés par l'ACPR auprès des organismes complémentaires (ce qui peut expliquer des écarts avec le rapport sur la situation financière des organismes complémentaires publié par la DREES, pour lequel les données sont arrêtées à septembre 2025, ou avec d'autres publications de l'ACPR) ;
- Mai 2025 pour les données du secteur hospitalier public, issues du compte provisoire de l'Insee.

Les révisions de l'édition 2025 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.

Plusieurs motifs de révision des comptes de la santé

Cette annexe présente les révisions de l'historique des comptes de la santé dans cette édition 2025 par rapport à l'édition 2024. Elle se limite aux révisions de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Chaque année, des révisions sont en effet apportées aux comptes et modifient l'historique des chiffres publiés. On distingue potentiellement trois types de révisions :

- Les **révisions méthodologiques**, qui visent à améliorer la justesse des comptes ou leur exhaustivité. Elles peuvent provenir de l'obtention de nouvelles sources de données par la DREES. Lors de cette édition, deux nouvelles sources sont disponibles : les données de la société OpenHealth sur les médicaments et les dispositifs médicaux vendus en pharmacie de ville, et les statistiques sur les revenus des professions libérales de l'Union nationale des associations agréées (Unasa). Ces révisions peuvent aussi provenir d'évolutions du cadre central des comptes nationaux ou des normes statistiques internationales, de façon à harmoniser les comptes de la santé avec ces conventions de comptabilisation. Les comptes de la santé s'appuient principalement sur les concepts définis au niveau international dans le cadre du System of Health Accounts (SHA)¹, permettant d'effectuer les comparaisons des dépenses de santé entre les différents pays et développés par l'OCDE et par Eurostat. Les révisions méthodologiques peuvent être de plusieurs natures :
 - Modifications de sources de données,
 - Évolutions du champ,
 - Changements de méthode de calcul.
- Les **correctifs, lorsque des imprécisions dans le processus de production des comptes sont détectées et résolues** ;
- Les révisions liées au **caractère provisoire des données** sur la dernière année.

Au-delà des révisions sur les chiffres, cette édition modifie la présentation de la CSBM, en distinguant les dépenses des professionnels en cabinets libéraux de celles en centres de santé. Dans les fiches 4 à 9, les dépenses considérées sont celles en cabinet libéral, et les dépenses en centre de santé sont regroupées dans une nouvelle fiche spécifique.

Dans cette édition, exclusion de la recherche de l'hôpital public et complétion du champ des professions de santé libérales

Trois grandes de révisions ont été réalisées par rapport à l'édition 2024, par importance décroissante :

- Deux grandes **améliorations du champ de la CSBM** :
 - Pour mettre les comptes en conformité avec l'évolution du cadre central des comptes nationaux, l'**exclusion de l'activité de recherche et développement de l'hôpital public**, pour environ -3 milliards d'euros par année ;
 Dans la base 2020 du cadre central de la comptabilité nationale, les activités de recherche et de développement des établissements publics et privés non lucratifs sont désormais exclues de la branche 86 (santé non marchande) pour la branche 72 (recherche-développement scientifique). Ces activités sont donc *de facto* exclues de la CSBM, tout comme leurs activités de formation l'étaient déjà. Dans le SHA, les activités de recherche liées à la santé sont exclues du champ de la santé : ce changement méthodologique est donc aussi une mise en cohérence avec les normes statistiques internationales.
 - Pour améliorer l'exhaustivité des comptes en conformité avec les préconisations internationales du SHA, l'inclusion de professions de santé manquant jusque-là dans les comptes : les **psychologues**, les **psychomotriciens**, les **ergothérapeutes** et les **diététiciens**. Cette extension ne concerne que le secteur libéral et est possible grâce à une nouvelle source de données : les statistiques sur les revenus des professions libérales de l'Unasa. Pour produire les comptes, cette nouvelle source est combinée avec les séries annuelles d'effectifs des professions de santé produites par la DREES à partir du répertoire Adeli. Cette révision ajoute de 1,6 milliard d'euros (2021) à 1,9 milliard d'euros (2023) par année. Les dépenses de ces

¹ Le manuel du SHA est disponible en téléchargement à l'adresse suivante : <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

professions sont très dynamiques et cette extension rehausse également le taux de croissance de la CSBM. Enfin, comme ces dépenses sont davantage à la charge des ménages que le reste de la CSBM, l'inclusion de ces dépenses rehausse le taux de financement des dépenses de santé par les ménages.

- L'utilisation des données du **panel de pharmacies de ville** de la compagnie OpenHealth pour l'estimation des dépenses de biens médicaux non remboursés (médicaments non remboursables, médicaments remboursables mais non prescrits, dispositifs médicaux non remboursables) a conduit à réviser ces dépenses à la baisse d'environ 0,2 milliard d'euros par année.
- **Divers correctifs et d'autres révisions méthodologiques**, dans un contexte où l'édition 2025 est l'année d'approfondissement du nouveau processus de production des comptes. L'édition 2024 des comptes était en effet la première à être principalement produite à partir des données détaillées issues du Système national de données de santé (SNDS). Un dossier à paraître dans la collection *DREES Méthodes* décrit ce changement méthodologique¹. Les correctifs apportés dans l'édition 2025 sont surtout à la baisse, pour environ -0,7 milliard d'euros par année.

Pour ce Panorama, les comptes des années 2021 à 2024 ont été directement produits avec la méthodologie actualisée ; les années 2010 à 2020 l'ont été par rétopolation statistique des séries (actualisation des séries historiques par un jeu de coefficients, pour les placer sur une base équivalente à celui de la méthodologie actuelle). Ainsi, l'ensemble des chiffres de 2010 à 2024 présentés dans cet ouvrage, est sur une méthodologie comparable sans rupture de série.

L'année 2023 fait l'objet de révisions spécifiques, en raison de son caractère provisoire lors de l'édition 2024.

- Le **correctif d'un problème sur les données comptables d'une section locale mutualiste** (SLM) entre septembre et décembre 2023. Ce problème induisait une surestimation de la CSBM de 1,5 milliard d'euros. Le correctif apporte ainsi une révision à la baisse de la CSBM de 1,5 milliard d'euros réparti sur l'ensemble des postes de dépenses ;
- L'**actualisation** des données provisoires, même si elle a été de faible ampleur pour l'édition 2025, se cumulant à 0,0 milliard d'euros. Les données actualisées sont principalement :
 - Les tableaux comptables annuels des régimes d'assurance maladie, sur lesquels les comptes de la santé sont calés. L'actualisation porte sur les dépenses de santé réalisées lors de l'année 2023 mais liquidées à partir de 2024 : elles étaient estimées sur des provisions comptables dans l'édition 2024 mais le sont sur des réalisations pour l'édition 2025.
 - Les données financières des établissements privés sans but lucratif du secteur ex-DG, issues d'une enquête de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dont l'année *N-2* est la plus récente lors de l'édition *N* des comptes de la santé. Lors de l'édition 2024 des comptes, l'année 2022 était la plus récente disponible et 2023 était imputée ;
 - Les données financières des organismes complémentaires. De manière générale, les données utilisées par les comptes de la santé de l'édition de l'année *N* sont arrêtées à début juillet *N*. Lors de l'édition 2024 des comptes, les données de l'année 2023 étaient actualisées à juillet 2024 et ont été ajustées ultérieurement.

Une révision à la baisse de la CSBM sur l'ensemble de l'historique

Du fait de ces changements, la série de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est révisée à la baisse (*tableau 1*), **entre -2,2 et -3,9 milliards d'euros selon les années** (entre -1,0 % et -2,1 %). Schématiquement, sur les années récentes, l'ajout des psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes et diététiciens compense en partie les importantes révisions à la baisse listées plus haut (exclusion de l'activité de recherche et développement de l'hôpital public, changement de source sur les biens médicaux non remboursés, correctifs sur le SNDS). Sur les années plus lointaines, ces professions représentent des dépenses plus limitées et les autres révisions prennent le dessus. La révision à la baisse de la CSBM est donc plus importante dans le passé.

Le dynamisme de ces nouvelles professions joue aussi sur les taux de croissance annuels de la CSBM (*graphique 1*) : ils sont révisés à la hausse sur la plupart des années de l'historique (*tableau 2*).

L'année 2023 est particulière, avec une révision à la baisse plus marquée que les années précédentes (-3,3 milliards d'euros, soit -1,1 %) en raison du correctif sur les données comptables d'une SLM mentionné plus haut. Pour cette raison, le taux de croissance de la CSBM en 2023 par rapport à 2022 est revu à la baisse (+4,8 % contre 5,2 % dans l'édition 2024).

¹ Produire les comptes de la santé avec les données du SNDS, à paraître à la rentrée 2025.

Tableau 1 Révisions de la série annuelle de la CSBM en millions d'euros

Année	Édition 2024	Édition 2025	Révision	Révision en %	Calcul édition 2025
2010	174 583	170 886	-3 698	-2,1	Rétopolation statistique
2011	179 179	175 302	-3 877	-2,2	Rétopolation statistique
2012	183 064	179 288	-3 776	-2,1	Rétopolation statistique
2013	186 760	182 955	-3 805	-2,0	Rétopolation statistique
2014	191 309	187 498	-3 811	-2,0	Rétopolation statistique
2015	194 395	190 793	-3 602	-1,9	Rétopolation statistique
2016	198 445	194 946	-3 499	-1,8	Rétopolation statistique
2017	201 447	198 197	-3 250	-1,6	Rétopolation statistique
2018	204 038	200 905	-3 133	-1,5	Rétopolation statistique
2019	208 151	205 285	-2 866	-1,4	Rétopolation statistique
2020	211 220	209 034	-2 185	-1,0	Rétopolation statistique
2021	227 611	225 219	-2 392	-1,1	Calcul direct
2022	236 747	234 334	-2 413	-1,0	Calcul direct
2023	248 964	245 676	-3 288	-1,3	Calcul direct
2024		254 730			Calcul direct

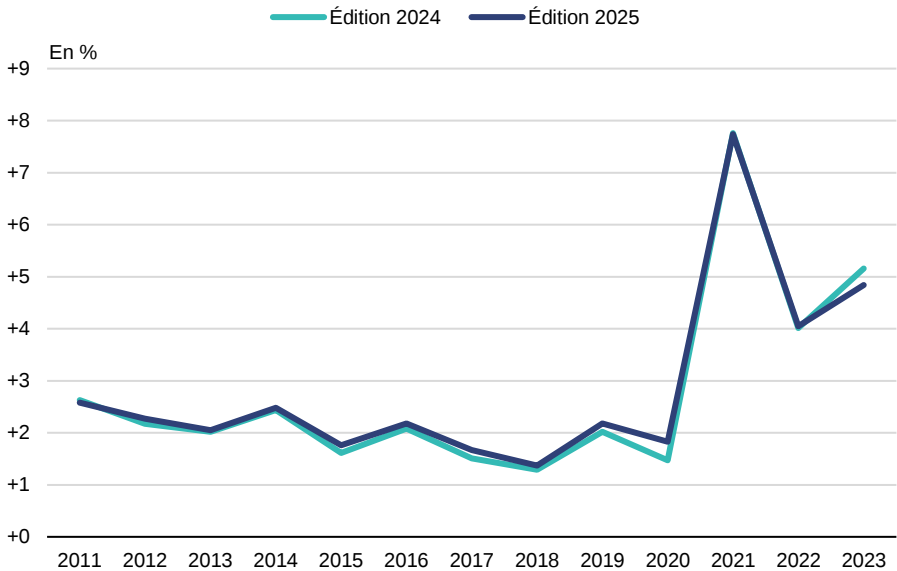
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Révisions de la série annuelle des taux de croissance de la CSBM

Année	Édition 2024	Édition 2025	Révision en pts
2011	+2,6	+2,6	-0,1
2012	+2,2	+2,3	+0,1
2013	+2,0	+2,1	+0,0
2014	+2,4	+2,5	+0,1
2015	+1,6	+1,8	+0,1
2016	+2,1	+2,2	+0,1
2017	+1,5	+1,7	+0,2
2018	+1,3	+1,4	+0,1
2019	+2,0	+2,2	+0,2
2020	+1,5	+1,8	+0,4
2021	+7,8	+7,7	-0,0
2022	+4,0	+4,1	+0,0
2023	+5,2	+4,8	-0,3

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Série annuelle des taux de croissance de la CSBM selon les éditions



Source > DREES, comptes de la santé.

La part de la DCSi dans le PIB est revue à la baisse

Du fait de nouveaux travaux sur la prévention et les soins de longue durée, les autres composantes de la DCSi sont également révisées sur l'ensemble de l'historique (*tableau 3*). Si la prévention est révisée à la hausse sur les années récentes, surtout en raison d'une réévaluation des programmes de surveillance de l'état de santé (+0,6 milliard d'euros pour l'année 2023), les soins de longue durée le sont à la baisse, principalement par la modification des dépenses pour les personnes en situation de handicap (-1,7 milliard d'euros pour l'année 2023).

La part de la DCSi dans le produit intérieur brut (PIB) est de ce fait révisée à la baisse, passant pour l'année 2023 de 11,5 % dans l'édition 2024 à 11,4 % dans l'édition 2025.

Tableau 3 Révisions de la DCSi en 2021, 2022 et 2023 par composante

	2021	2022	2023
Dépense courante de santé au sens international (en millions d'euros)	-5 071	-3 861	-4 173
Consommation de soins et de biens médicaux	-2 392	-2 413	-3 288
Hors consommation de soins et de biens médicaux	-2 679	-1 448	-885
Soins de longue durée	-2 804	-2 443	-2 071
Prévention	118	940	1 155
Gestion du système de santé	7	54	30
DCSi en % du PIB (révision en point de PIB)	-0,17	-0,13	-0,16

Source > DREES, comptes de la santé.

Des révisions sur la plupart des postes de dépenses de santé

À quelques exceptions près, l'ensemble des postes de dépenses de la CSBM est révisé sur les années de 2021 à 2023 (*tableau 4*), même si les soins hospitaliers publics et les auxiliaires médicaux sont les plus concernés. Dans cette annexe, les montants détaillés de révisions sont uniquement présentés sur les années 2021, 2022 et 2023 car ce sont les trois années ayant été produites avec les deux méthodologies (édition 2025, édition 2024). Ces révisions se répercutent sur les années antérieures par la rétropolation statistique réalisée sur les années de 2010 à 2020.

Tableau 4 Révisions de la CSBM en 2021, 2022 et 2023 par poste et grand financeur

	Administrations publiques			Ménages et organismes complémentaires		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
CSBM (en millions d'euros)	-2 677	-2 712	-3 251	282	300	-45
Soins hospitaliers	-2 425	-2 532	-2 146	-941	-902	-1 107
Soins hospitaliers publics	-2 556	-2 406	-1 740	-563	-578	-719
Soins hospitaliers privés	131	-126	-406	-378	-324	-388
Soins ambulatoires	-271	-217	-647	1 567	1 722	1 690
Soins en cabinet libéral et en centre de santé	-233	-194	-459	1 570	1 758	1 727
Soins de médecins et de sages-femmes	-260	-217	-242	54	66	-17
Soins de médecins généralistes	1	33	26	-17	-10	-24
Soins de médecins spécialistes	-259	-245	-256	71	76	7
Soins de sages-femmes	-2	-5	-12	0	0	0
Soins d'auxiliaires médicaux	9	-4	-253	1595	1779	1936
Soins infirmiers	5	7	-123	-9	-3	49
Soins des masseurs-kinésithérapeutes	7	-8	-114	-39	-38	-55
Soins des orthophonistes	-2	-2	-11	2	2	-2
Soins des orthoptistes	-1	-1	-4	1	1	0
Soins des pédicures-podologues	0	0	-1	38	67	45
Soins des psychologues	0	0	0	1081	1169	1245
Soins des autres auxiliaires médicaux	0	0	0	521	581	654
Soins dentaires	-9	-6	-31	-75	-81	-174
Soins en centre de santé	27	33	67	-4	-6	-18
Activités techniques et auxiliaires	-38	-23	-188	-3	-36	-37
Laboratoires d'analyses	-22	-15	-55	-2	-6	-18
Imagerie médicale	-19	-13	-86	-3	-1	-13
Transports sanitaires	3	5	-47	2	-29	-6
VSL et ambulances	4	5	-177	1	-29	-13
Taxi	-1	0	130	1	0	7
Biens médicaux	19	37	-458	-344	-520	-628
Médicaments	-49	-46	-439	-176	-196	-257
Médicaments remboursables	-49	-46	-439	-176	-196	-257
Médicaments non remboursables	0	0	0	0	0	0
Dispositifs médicaux	68	83	-19	-168	-324	-371
Optique médicale	28	40	28	8	10	-151
Lentilles	0	0	0	4	5	5
Monture	29	30	34	-19	-20	-67
Verres	-1	10	-6	23	25	-89
Dispositifs médicaux hors optique	40	43	-47	-176	-334	-220
Véhicules pour personnes handicapé·e·s physiques	0	0	-6	5	5	3
Audioprothèses	-1	-1	-20	1	2	-59
Prothèses et orthèses	1	2	-48	3	4	-28
Matériel chirurgical et appareils	39	45	55	-97	-98	-99
Masques	0	0	0	0	0	0
Pansements et nutriments	1	-3	-28	-88	-247	-37

Source > DREES, comptes de la santé.

Les divers correctifs et révisions méthodologiques apportés aux comptes (voir *supra*) sont principalement les suivants :

- Dans le SNDS, des **actes et consultations externes (ACE) de certains hôpitaux publics** ne sont pas identifiés comme relevant de l'hôpital public et les requêtes des comptes de la santé les classaient dans les soins ambulatoires dans l'édition 2024 (soins de médecins spécialistes majoritairement). Dans l'édition 2025, l'identification des lieux de rattachement des professionnels de santé a été améliorée et ce cas corrigé. Les ACE des hôpitaux publics sont déjà inclus dans les coûts des hôpitaux publics et il s'agissait d'un double compte. Les dépenses de soins de spécialistes en ville sont révisées à la baisse (environ -200 millions d'euros par année).
- Le calcul dans le SNDS des **forfaits journaliers hospitaliers (FJH)** des séjours en établissements privés a été modifié et le sera à nouveau pour l'édition 2026. Un chantier méthodologique sur ce sujet est prévu fin 2025. Dans l'édition 2025, une révision de -150 millions d'euros par année est apportée sur les séjours en établissements privés.
- L'utilisation des données du panel de pharmacies de ville d'OpenHealth pour l'estimation des dépenses de biens médicaux non remboursés a conduit la correction d'un problème de classement des **autotests du Covid-19** (non remboursables), classés dans la CSBM à la place de la prévention dans l'édition 2024. La CSBM est révisée à la baisse : -85 millions d'euros en 2021, -250 millions d'euros en 2022 et -50 millions d'euros en 2023, financés par les ménages.
- Certaines prestations de l'Assurance maladie obligatoire sont **reclassées en prévention** et sortent ainsi de la CSBM, principalement les vaccinations par les pharmaciens, les actes de dépistage des pharmaciens, les consultations spécifiques de dépistage des dermatologues et les consultations de prévention en santé sexuelle des médecins généralistes et des sages-femmes. Ces reclassements correspondent à une révision à la baisse de la CSBM, sur les actes des pharmaciens (-50 millions d'euros par année), les médecins spécialistes (-40 millions d'euros par année), les médecins généralistes (-15 millions d'euros par année) et les sages-femmes (-10 millions d'euros par année).
- Les comptes de la santé estiment, au sein des **dépenses non remboursables** de pédicurie-podologie, ce qui relève de la CSBM (soins curatifs) ou non. L'estimation a été révisée à la hausse dans l'édition 2025, pour environ +50 millions d'euros par année. De la même façon, ils estiment, au sein de l'activité non remboursable des chirurgiens-dentistes, ce qui relève de la CSBM (orthodontie non remboursable par exemple) ou non (blanchiment des dents). L'estimation a été révisée à la baisse dans l'édition 2025, pour environ -80 millions d'euros par année.

Deux correctifs jouent sur la répartition de la CSBM par poste :

- Le **calage comptable sur les transports** pour l'année 2023 était imprécis : la ventilation des provisions comptables entre taxis, ambulances et véhicules sanitaires légers (VSL) était erronée. La correction révisé les dépenses de taxis de +150 millions d'euros et celles d'ambulances et VSL de -150 millions d'euros, sur 2023.
- Certains forfaits versés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) aux établissements privés, principalement pour les **activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)** étaient bien classés dans l'activité des soins des établissements privés, mais par erreur considérés comme relevant des honoraires et non de l'activité de SMR. La correction ne révisé ni la CSBM ni les dépenses de soins des établissements privés, mais révisé les honoraires en établissements privés de -250 à -300 millions d'euros par année, et symétriquement l'activité SMR des établissements privés de +250 à +300 millions d'euros par année.

Une importante révision est apportée à la répartition du financement entre administrations publiques et ménages. Les dépenses de **soins en établissements publics financés par la complémentaire santé solidaire (C2S)** sont prises en compte dans la source utilisée pour les établissements publics (données DGFIP et Insee), ce qui n'était pas le cas dans les précédentes éditions. Des dépenses ainsi considérées comme financées par les ménages (ticket modérateur sur des séjours, forfaits journaliers hospitaliers, etc.) étaient plutôt financées par la C2S, c'est-à-dire par les administrations de sécurité sociale. Ainsi, le financement des administrations de sécurité sociale est révisé à la hausse de 0,5 milliard d'euros et celui des ménages en paiement direct diminué d'autant.

Enfin, le **tableau 5** décline par poste de dépenses le correctif lié aux données comptables de 2023 d'une SLM (voir *supra*).

Tableau 5 Révisions de la CSBM en 2023 par poste et grand financeur, par correctif du problème sur les données comptables d'une SLM

	Administrations publiques	Ménages et organismes complémentaires
CSBM (en millions d'euros)	-980	-532
Soins hospitaliers	-142	-20
Soins hospitaliers privés	-142	-20
Soins ambulatoires	-351	-246
Soins en cabinet libéral	-253	-218
Soins de médecins et de sages-femmes	-99	-49
Soins d'auxiliaires médicaux	-129	-38
Soins dentaires	-25	-131
Soins en centre de santé	37	0
Activités techniques et auxiliaires	-135	-28
Biens médicaux	-487	-266
Médicaments	-387	-70
Médicaments remboursables	-387	-70
Dispositifs médicaux	-100	-196
Optique médicale	-53	-137
Dispositifs médicaux hors optique	-47	-59

Source > DREES, comptes de la santé.

Une légère révision à la baisse du financement des organismes complémentaires

Cette partie décrit plus finement les révisions par financeur en distinguant :

- Au sein des administrations publiques, les administrations de Sécurité sociale des administrations centrales (ou « État »).
- Au sein du *reste à charge après assurance maladie obligatoire* (AMO), les financements par les organismes complémentaires (OC) de ceux des ménages en paiement direct.

Les révisions du financement des OC n'affectent pas le montant de CSBM, car le *reste à charge après AMO* reste inchangé. Elles se soldent sur le financement des ménages en paiement direct, par un « vase communicant » qui provoque une révision du *reste à charge* des ménages en paiement direct de montant opposé. Les comptes de la santé estiment en effet les restes à charges en deux étapes :

- Dans un premier temps, le *reste à charge après AMO* est calculé à partir des données du SNDS (soins et biens médicaux remboursables par l'AMO) ou des données de partenaires (soins et biens médicaux non remboursables par l'AMO).
- Dans un second temps, les données financières des organismes complémentaires utilisées par les comptes de la santé (prestations santé, au sein des états comptables transmis chaque année par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution [ACPR] à la DREES) sont ventilées entre les postes de dépenses de la CSBM. Pour chaque poste, le *reste à charge* des ménages en paiement direct est calculé par différence entre le *reste à charge après AMO* et le montant financé par les organismes complémentaires (OC).

Pour cette édition 2025, deux principales révisions sont apportées à la répartition de la CSBM par financeur à un niveau fin (tableau 6) :

- La **ventilation des prestations de santé des OC** est améliorée, un travail approfondi ayant permis de mieux distinguer les prestations relevant de la prévention. Ces dernières étant en dehors de la CSBM, cette révision provoque une baisse de 0,3 milliard d'euros du montant de CSBM financé par les OC, principalement sur les analyses en laboratoire (dépiستages) et sur les médicaments non remboursables (vaccins). Par rebond, le montant de CSBM financé par les ménages en paiement direct est révisé à la hausse de 0,3 milliard d'euros sur les mêmes postes de dépenses.
- Les dépenses de **soins en établissements publics financés par l'Aide médicale de l'État** étaient sous-évaluées dans l'édition 2024. Par la correction de cette sous-estimation, le financement des administrations centrales est révisé à la hausse de 0,2 milliard d'euros, et celui des administrations de sécurité sociale diminué d'autant.

Tableau 6 Révisions modifiant la répartition de la CSBM par financeur fin, par motif en 2021, 2022 et 2023

Organismes complémentaires et ménages en paiement direct

	2021	2022	2023
Organismes complémentaires (en millions d'euros)	-270	-272	-285
Identification des tests en laboratoires d'analyses	-138	-135	-50
Identification des vaccins non remboursables	-161	-200	-222
Autres	-9	-4	-8
Ménages en paiement direct (en millions d'euros)	270	272	285
Identification des tests en laboratoires d'analyses	138	135	50
Identification des vaccins non remboursables	161	200	222
Autres	9	4	8

Source > DREES, comptes de la santé.

Administrations publiques

	2021	2022	2023
Administrations de Sécurité sociale (en millions d'euros)	-122	-139	-246
Correctif montants d'AME (soins hospitaliers publics)	-122	-139	-246
Administrations centrales (en millions d'euros)	122	139	246
Correctif montants d'AME (soins hospitaliers publics)	122	139	246

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour ces motifs, le financement de la CSBM par les organismes complémentaires est revu à la baisse (tableau 7). Celui de l'État est revu à la hausse.

Tableau 7 Révisions de la CSBM en 2021, 2022 et 2023 par financeur

	2021	2022	2023
Ensemble des financeurs (en millions d'euros)	-2 392	-2 413	-3 288
Administrations de Sécurité sociale	-2 765	-2 859	-3 561
Administration centrale	103	160	326
Organismes complémentaires	-270	-272	-285
Ménages paiement direct	538	557	232

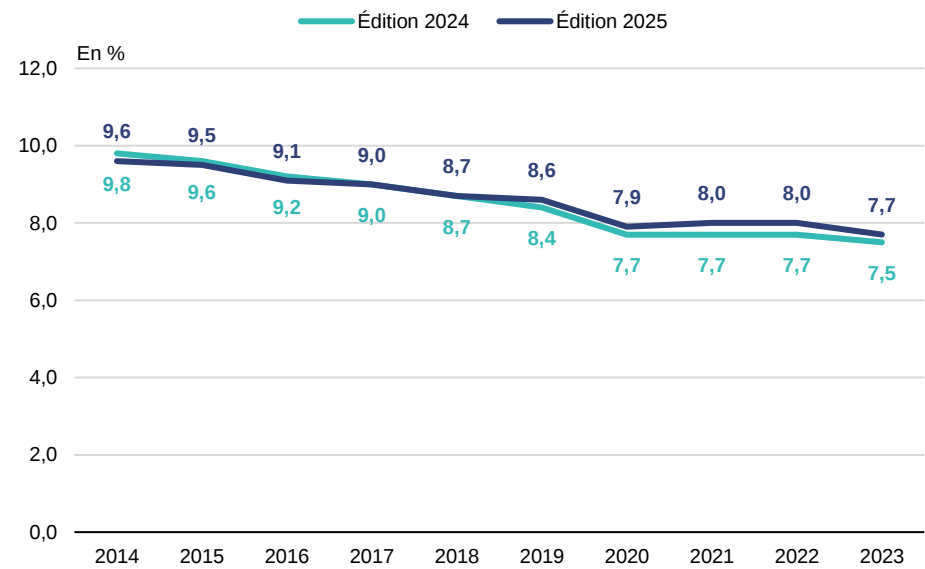
Source > DREES, comptes de la santé.

Une révision à la hausse du taux de reste à charge, surtout sur les années récentes

Du fait de ces révisions, le taux de financement par les ménages en paiement direct (taux de reste à charge) est révisé à la hausse pour les années récentes (+0,3 point pour 2021 et 2022, +0,2 point pour 2023), mais à la baisse pour les années antérieures à 2017 (-0,2 point pour 2014).

Cette chronique est liée à la forte dynamique des dépenses de soins en cabinet libéral de psychologues, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes et de diététiciens, passant de 0,4 à 1,0 milliard d'euros de 2010 à 2017 puis à 1,9 milliard d'euros en 2023. Leur ajout joue beaucoup sur la série des révisions du reste à charge des ménages (graphique 2), d'autant que l'évolution historique des autres révisions est moins marquée.

Graphique 2 Taux de financement des ménages en paiement direct (taux de reste à charge)



Source > DREES, comptes de la santé.

À l'inverse, le taux de financement des administrations de Sécurité sociale (*tableau 7*) est révisé à la baisse (-0,4 point), principalement en raison de l'exclusion de la recherche et développement en hôpital public qui relève du financement de la Sécurité sociale. Celui de l'État est révisé à la hausse (+0,1 point) principalement en raison du correctif sur l'Aide médicale de l'État.

Tableau 8 Révisions du taux de financement de la CSBM en 2021, 2022 et 2023

	Édition 2025			Révision / édition 2024		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Ensemble des financeurs (en %)	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Administrations de Sécurité sociale	78,6	79,0	79,1	-0,4	-0,4	-0,4
Administration centrale	0,9	0,7	0,7	0,1	0,1	0,1
Organismes complémentaires	12,5	12,3	12,5	0,0	0,0	0,1
Ménages paiement direct	8,0	8,0	7,7	0,3	0,3	0,2

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.

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 :

$$\frac{Vol(t)}{Vol(t-1)} = \frac{\sum_i q(i, t) \times p(i, t-1)}{\sum_i q(i, t-1) \times p(i, t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{q(i, t)}{q(i, t-1)} \right) \times \frac{p(i, t-1)}{p(i, t-1)} \right]$$

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. Leurs 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).

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 SMR). Pour les tarifs PSY, la CNAM ne fournissant plus la série utilisée jusqu'alors, les données de l'ATIH sont exploitées à partir de 2022. Cette méthode est également appliquée depuis l'édition 2025 et le sera pour les années à venir concernant les tarifs SMR. 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)².

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.

¹ Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs (annexe 2).

² 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.

Les indices de prix pour les soins ambulatoires

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), fournis 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. L'arbitrage entre les séries IPC et CNAM se fait en fonction de la méthode qui paraît la plus adaptée aux problématiques de chaque poste. Par exemple, les séries CNAM tirent parti d'une connaissance fine des négociations tarifaires dans le champ de la santé, d'où le fait qu'elles soient privilégiées dans certains cas.

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 soins d'imagerie médicale

Ce poste regroupe des dépenses auparavant réparties entre les soins médicaux et les soins dentaires. L'indice des prix utilisé est celui fourni par l'IPC, disponible à partir de 2016. Pour les années 2010 à 2015, c'est l'indice des prix des médecins spécialistes qui est appliqué.

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 auxquels 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 rétropolé sur un échantillon plus restreint d'actes de laboratoire.

L'édition 2025 voit l'indice des laboratoires révisé, incluant à présent les variations des prix des tests PCR, qui étaient précédemment neutralisés dans les calculs. Cette neutralisation était souhaitable conceptuellement, car les dépenses au titre des tests PCR sont comptées dans la prévention. Néanmoins, la neutralisation des prix des tests PCR conduisait à des évolutions de prix qui semblaient déconnectées des évolutions effectives des prix des actes d'analyse médicale. Par conséquent, dans cette édition des comptes de la santé, a été retenu l'indice des laboratoires, non modifié ; cette révision du prix induit des révisions sur les volumes d'analyses 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 cinq indices issus de l'IPC :

- l'optique médicale ;
- les audioprothèses ;
- les véhicules pour personnes handicapées physiques ;
- les prothèses et orthèses ;
- les matériels chirurgicaux, aliments et pansements.

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 huit postes de la CSBM :

- les soins délivrés par les cinq familles d'auxiliaires médicaux ;
- les soins de sages-femmes ;
- les soins de dentistes ;
- les transports sanitaires.

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.

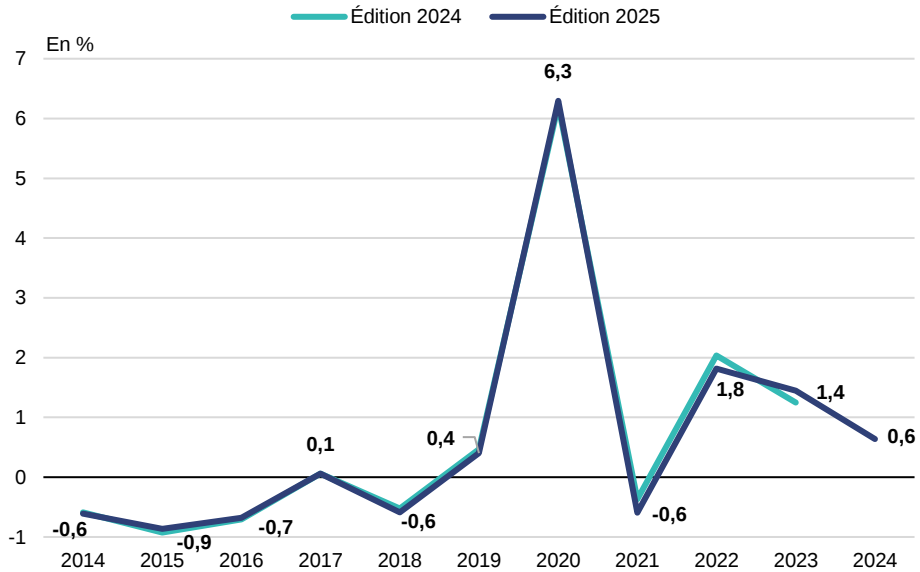
Le prix des soins des transports sanitaires

Le poste des transports de patients se décompose en quatre sous-catégories : le transport de patients par taxi (44 % du total), par véhicule sanitaire léger (VSL) [16 %], par ambulance (38 %) et les autres transports, incluant les véhicules personnels (2 %). En raison de la difficulté à identifier des séries de prix adaptées pour certaines les catégories « ambulance » et « autres transports », le partage volume-prix opte pour une simplification en regroupant le poste en deux ensembles : taxis et VSL. Les ambulances ainsi que les autres transports sont, dans ce cadre, intégrés à la catégorie « VSL ».

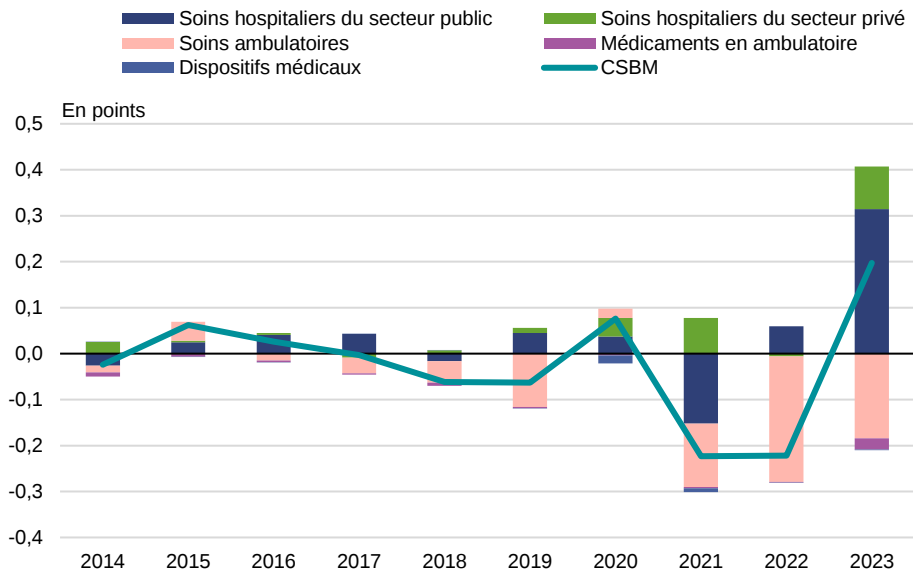
Les séries CNAM seront retenues à partir de l'édition 2025 des comptes de la santé pour les séries « taxis » et « VSL » de transports de patients. En effet, l'indice « taxis » fourni par l'IPC englobe l'ensemble de la profession, sans distinction d'usage, et ne correspond donc pas spécifiquement aux taxis utilisés dans un cadre sanitaire, au contraire de l'indice produit avec les données de la CNAM.

Synthèse : révision du partage volume-prix de la CSBM

Par rapport à l'édition 2024 des comptes de la santé, les révisions du déflateur de la CSBM sont contenues entre -0,2 et +0,2 point (*graphiques 1 et 2*). Ces ajustements s'expliquent principalement par les révisions de la valeur de l'hôpital public : le taux de croissance du volume restant stable, ces révisions entraînent une révision à la hausse des prix. En revanche, les modifications des indices pour les transports sanitaires, les laboratoires, ainsi que les révisions sur les médicaments, tendent à abaisser le prix de la CSBM.

Graphique 1 Taux de croissance du déflateur de la CSBM

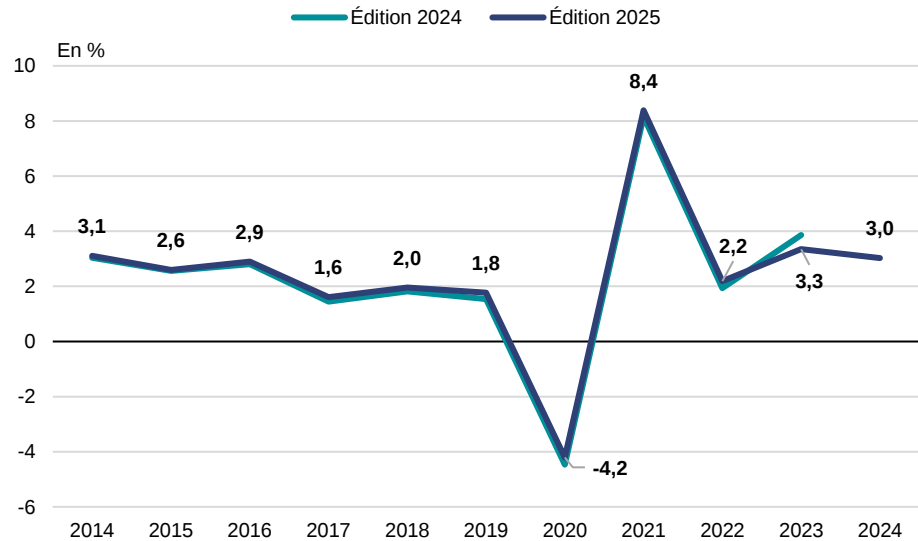
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Contributions à la révision du taux de croissance du déflateur de la CSBM entre les éditions 2024 et 2025

Source > DREES, comptes de la santé.

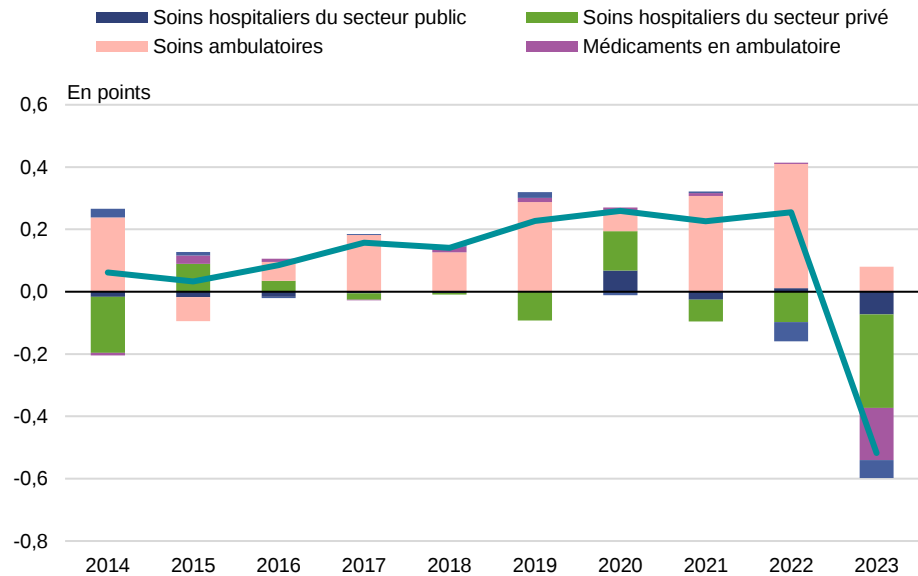
Comme pour le déflateur, les révisions du taux de croissance de la CSBM en volume sont limitées : entre -0,2 point et +0,4 point pour les années antérieures à 2023 (*graphique 3 et 4*). Ces révisions s'expliquent par des effets de structures (révisions de certains postes du secteur hospitalier public à la baisse pour créer un nouveau poste dialyse à taux de croissance du prix inchangé). Elles résultent également de révisions en valeur pour certains postes (annexe 3).

Graphique 3 Taux de croissance de la CSBM en volume



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Contributions à la révision du taux de croissance de la CSBM en volume entre les éditions 2024 et 2025



Source > DREES, comptes de la santé.

Liste des sigles utilisés

A

AAH : allocation aux adultes handicapés
ABM : Agence de biomédecine
ACA : Patient Protection and Affordable Care Act (« Obamacare »)
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
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 : lettre-clé de l'assurance maladie pour les actes médicaux infirmiers
AMK : lettre-clé de l'assurance maladie pour les 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 : lettre-clé de l'assurance maladie pour les actes d'orthoptie
ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP : Agence nationale de santé publique (Santé publique France)
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé
ASP : Autorité de la statistique publique
Aspa : Allocation de solidarité aux personnes âgées
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
BTS : base tous salariés

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
CCAA : centres de cure ambulatoire en alcoologie
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
CHF : franc suisse (code de devise)
CGOS : Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
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
COG : Convention d'objectifs et de gestion
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPS : comptes de la protection sociale
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CRP : centre de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée
CSST : centre de soins spécialisés aux toxicomanes
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance
C2S : complémentaire santé solidaire

D

DADS : déclaration annuelle de données sociales
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**
DM : dispositifs médicaux
DMDIV : dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
DMI : dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM : départements et régions d'outre-mer
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

EBNL : établissements à but non lucratif (santé)
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EN3S : École nationale supérieure de Sécurité sociale
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein
Eurostat : office statistique de l'Union européenne

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FBCF : formation brute de capital fixe
FEDER : Fonds européen de développement régional
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
FJH : forfait journalier hospitalier
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
FNPAT : Fonds national de prévention des accidents du travail

FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FNPEISA : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole
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
LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
IGF : inspection générale des finances
Igas : inspection générale des affaires sociales
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
INCa : Institut national du cancer
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
IPA : infirmier en pratique avancée
IPC : indice des prix à la consommation (Insee)
IPCH : indice des prix à la consommation harmonisé
IRM : imagerie par résonance magnétique
ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LEEM : Les entreprises du médicament (organisation professionnelle des entreprises du médicament opérant en France)
LPP : liste des produits et prestations (des dispositifs médicaux)

M

MAS : maison d'accueil spécialisée

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MECS : maisons d'enfants à caractère social
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
OFSP : Office fédéral de la santé publique (Suisse)
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
OPPBTP : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
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
PCR : réaction en chaîne par polymérase
PF : participations forfaitaires (assurance maladie)
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
PSY : psychiatrie
PUI : pharmacie à usage intérieur
Puma : protection universelle maladie

R

RAC : reste à charge
RDB : revenu disponible brut
RG : régime général (de l'Assurance maladie)
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
RSA : revenu de solidarité active
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
Samu : service d'aide médicale urgente
SAS : service d'accès aux soins
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
Sessad : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHA : System of Health Accounts
SIASP : Système d'information sur les agents des services publics
SLD : Soins de longue durée
SLM : section locale mutualiste
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 : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNDS : Système national des données de santé
Sniiram : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
Spasad : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SpF : Santé publique France, nom donné à l'agence nationale de santé publique
SPST : Services de prévention et de santé au travail
SSA : Service de santé des armées
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
TEP : Tomographie par émission de positions
TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)
TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)
TM : ticket modérateur
TSA : taxe de solidarité additionnelle
T2A : tarification à l'activité

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
Unasa : Union nationale des associations agréées
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 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.

Automatisation des listes (Adeli)

Ancien répertoire national d'identification de certains professionnels de santé, progressivement remplacé par le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). La bascule des dernières professions de santé (orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, psychothérapeutes et les chiropracteurs) a eu lieu en octobre 2024.

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.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Assiette de calcul que l'Assurance maladie utilise pour ses remboursements aux ménages. Les BRSS des différents soins et biens médicaux, également appelés tarifs ou parfois montants remboursables, sont réglementaires.

Centre de santé

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, regroupant des professionnels 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.

Complémentaire santé solidaire (C2S)

Dispositif permettant 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 couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (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.

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 ; 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).

Consommation effective des ménages

Agrégat comptabilisant les soins et biens médicaux 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 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.

Dépassement

Dans le coût d'un soin ou d'un bien médical, montant dépassant la BRSS et généralement financé par les ménages ou les organismes complémentaires. Il y a deux principaux types de dépassement :

- Les dépassements d'honoraires de médecins ou d'auxiliaires médicaux ;
- Les dépassements liés à des montants de « liberté tarifaire » (cas où le professionnel peut facturer un coût au patient supérieur à la BRSS), principalement sur des dispositifs médicaux et les soins dentaires prothétiques ou orthodontiques.

Dépense courante de santé au sens international (DCSI)

Agrégat le plus large des comptes de la santé, comptabilisant la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée. La DCSI

mesure 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, les entreprises, etc. Son périmètre est défini par l'OMS, l'OCDE et Eurostat au sein du System of Health Accounts. 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.

Dépenses de consommation finale des ménages

Agrégat comptabilisant les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques

Recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.). La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Données de consommation interrégimes (DCIR)

Base de données du SNDS sur les soins réalisés en ville ou en clinique et présentés au remboursement de l'Assurance maladie.

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.

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 journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le secteur public comme dans le secteur privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. 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 journalier 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 (1 euro par boîte, depuis le 31 mars 2024), les actes paramédicaux (1 euro par acte) et les transports sanitaires (4 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré. La loi prévoit des cas d'exonération de franchise ; par exemple, la franchise ne concerne pas les mineurs ou les femmes enceintes.

Garantie de financement

Indemnité versée par l'Assurance maladie aux établissements de santé 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 puis remplacé par la Sécurisation modulée à l'activité (SMA) à partir de 2023.

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). Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci.

Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de

substitution) et y sont encouragés au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Honoraires de dispensation

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'officines moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement ;
- un honoraire d'ordonnance dite « complexe » pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées en une seule fois.

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 ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques.

Hospitalisation complète

Hospitalisation comprenant au moins une nuitée, le patient étant hébergé en milieu hospitalier.

Hospitalisation partielle

Hospitalisation d'une durée inférieure à 1 jour et ne comprenant pas de nuitée.

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.

Liste des produits et prestations (LPP)

Liste des dispositifs médicaux remboursables aux assurés par l'Assurance maladie, distinguant cinq types de produits :

- titre I : traitements, aides à la vie, aliments et pansements ;
- titre II : orthèses et prothèses externes ;
- titre III : dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- titre IV : véhicules pour handicapés physiques ;
- titre V : dispositifs médicaux invasifs.

Liste en sus

Liste des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en plus du tarif du séjour hospitalier des patients. 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 la liste en sus.

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 rémunérations forfaitaires : honoraires de dispensation (HDD) et rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des pharmaciens.

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, entreprises 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.

Participation forfaitaire

Une participation forfaitaire de 2 euros est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les actes et consultations des médecins, sur les analyses et prélèvements en laboratoires et

sur les actes d'imagerie médicale. Le montant ainsi déduit est plafonné à 50 euros par an et par assuré.

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, le PIB mesure la richesse créée par tous les agents, privés et publics, sur un territoire national pendant une période donnée. Il représente ainsi le résultat final de l'activité de production des unités productrices résidentes

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI décrit 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 disciplines :

- médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ;
- soins médicaux et de réadaptation (SMR) ;
- psychiatrie sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie) ;
- Hospitalisation à domicile (HAD).

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. Cette offre est accessible aux titulaires d'un contrat de complémentaire santé responsable ou de la complémentaire santé solidaire.

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)

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)

La ROSP est un dispositif de rémunération à la performance des médecins et des pharmaciens mis en place en 2012 en remplacement du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Cette rémunération est versée en avril $n+1$ sur l'activité de l'année n , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de

la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été renouvelée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

Rencontre

Une rencontre est définie par la combinaison unique de trois informations : le professionnel ou établissement de santé, le patient et le jour. Par exemple, plusieurs examens réalisés pour une même personne lors d'un passage chez un professionnel sont comptabilisés comme une seule rencontre. En revanche, si ces examens sont effectués de manière espacée sur plusieurs journées, chacune de ces journées compte pour une rencontre.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)

Répertoire national d'identification de l'ensemble des professions de santé. Historiquement limité à certaines professions, le champ du RPPS s'est progressivement étendu par une bascule depuis le répertoire Adeli. Depuis octobre 2024, le champ du RPPS est exhaustif.

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.

Sécurisation modulée à l'activité (SMA)

Dispositif d'indemnisation des établissements de santé permettant de stabiliser leurs recettes, dans la continuité de la Garantie de financement. La SMA a été instaurée en 2023 et reconduite en 2024.

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 ces 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)

Ensemble de bases de données médico-administratives ayant trait à la santé et comprenant dans sa partie principale des données couvrant l'ensemble de la population :

- les données de remboursement de l'Assurance maladie (base Sniiram/DCIR) ;
- les données de déclaration d'activité des hôpitaux (base PMSI) ;
- les données de causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm).

Le SNDS comprend également une partie « catalogue » progressivement enrichi et regroupant des bases de données ne couvrant pas l'ensemble de la population.

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)

Prélèvement obligatoire introduit en 2010, assis sur l'ensemble des contrats d'assurance, le taux de cette taxe s'élève à 7 % sur les 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*).

Les comptes de la santé distinguent le ticket modérateur théorique (calculé au taux prévu par la réglementation, par exemple 30 % pour les actes et consultations des médecins) du ticket modérateur effectif (effectivement prélevé, compte tenu des exonérations éventuelles).

Ticket modérateur forfaitaire

Participation forfaitaire de 24 euros remplaçant le ticket modérateur théorique, pour certains actes techniques et séjours dont le tarif dépasse 120 euros.

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

Les indemnités journalières

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés



Tableaux détaillés

Les dépenses de santé depuis 2014

Tableau 1 La consommation de soins et de biens médicaux à prix courants (en valeur)

	En millions d'euros										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Soins hospitaliers	84 799	86 328	88 309	89 874	91 021	92 906	99 061	106 017	110 741	117 385	120 783
Secteur public	65 564	66 665	68 064	69 379	70 099	71 664	77 125	81 902	85 930	91 279	93 644
Secteur privé	19 236	19 663	20 245	20 494	20 922	21 242	21 936	24 115	24 811	26 107	27 139
Soins ambulatoires	56 421	57 890	59 588	60 985	62 390	64 342	62 557	68 683	71 239	74 839	77 825
Soins de médecins généralistes	9 480	9 575	9 761	9 790	10 054	10 136	9 748	9 868	10 217	10 282	10 709
Soins de médecins spécialistes	8 058	8 341	8 510	8 730	8 940	9 243	9 233	9 809	10 245	10 816	11 359
Soins de sages-femmes	252	282	305	327	355	402	430	492	522	552	655
Soins infirmiers	6 447	6 879	7 137	7 370	7 683	8 027	8 710	8 922	9 082	9 338	9 439
Soins de kinésithérapeutes	5 193	5 398	5 610	5 741	5 884	6 100	5 446	6 402	6 604	7 052	7 598
Soins d'orthophonistes	961	1 001	1 041	1 068	1 092	1 144	970	1 136	1 148	1 239	1 323
Soins d'orthoptistes	123	128	133	138	180	214	199	246	265	291	332
Soins de pédicures-podologues	231	234	235	236	239	242	233	248	267	269	273
Soins de psychologues	497	581	659	722	795	876	881	1082	1185	1276	1355
Soins des autres auxiliaires médicaux	201	233	267	306	346	399	392	521	581	654	710
Soins dentaires	10 682	10 778	10 959	11 018	11 010	11 148	10 617	12 236	12 477	12 908	13 205
Soins en centre de santé	1 522	1 652	1 818	1 974	2 122	2 406	2 453	2 911	3 249	3 616	3 842
Laboratoires d'analyse	4 189	4 195	4 297	4 356	4 307	4 430	4 377	4 619	4 546	4 710	4 675
Imagerie médicale	4 119	3 949	3 992	4 160	4 220	4 445	4 052	4 544	4 771	5 125	5 485
Transports sanitaires	4 468	4 662	4 863	5 047	5 165	5 129	4 815	5 650	6 081	6 711	6 863
Biens médicaux	46 343	46 553	47 063	47 350	47 499	48 042	47 413	50 520	52 369	53 483	56 188
Médicaments remboursables	28 784	28 356	28 426	28 560	27 938	27 890	27 301	28 267	29 580	30 067	31 732
Médicaments non remboursables	2 856	2 819	2 820	2 758	2 815	2 578	2 311	2 355	2 598	2 652	2 771
Optique médicale	6 378	6 560	6 462	6 347	6 602	7 114	6 468	7 549	7 574	8 001	8 273
Véhicules pour personnes handicapées physiques	390	402	413	437	469	534	491	554	574	597	615
Audioprothèses	920	1 017	1 087	1 161	1 259	1 253	1 277	2 021	1 975	1 953	1 952
Prothèses et orthèses	1 522	1 611	1 713	1 782	1 860	1 956	1 831	2 056	2 126	2 260	2 360
Matériel, aliments et pansements	5 493	5 787	6 142	6 306	6 555	6 717	7 733	7 718	7 941	7 952	8 486
Consommation de soins et de biens médicaux	187 564	190 771	194 959	198 209	200 910	205 290	209 031	225 219	234 349	245 707	254 796

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	2024
Soins hospitaliers	2,2	1,8	2,3	1,8	1,3	2,1	6,6	7,0	4,5	6,0	2,9
Secteur public	2,5	1,7	2,1	1,9	1,0	2,2	7,6	6,2	4,9	6,2	2,6
Secteur privé	1,4	2,2	3,0	1,2	2,1	1,5	3,3	10,0	2,9	5,2	4,0
Soins ambulatoires	3,0	2,6	2,9	2,3	2,3	3,1	-2,8	9,8	3,7	5,0	3,9
Soins de médecins généralistes	1,6	1,0	1,9	0,3	2,7	0,8	-3,8	1,2	3,5	0,6	4,2
Soins de médecins spécialistes	2,7	3,5	2,0	2,6	2,4	3,4	-0,1	6,2	4,4	5,6	5,0
Soins de sages-femmes	12,9	12,0	8,3	7,3	8,4	13,4	7,0	14,2	6,2	5,9	18,6
Soins infirmiers	6,2	6,7	3,7	3,3	4,2	4,5	8,5	2,4	1,8	2,8	1,1
Soins de kinésithérapeutes	5,2	4,0	3,9	2,3	2,5	3,7	-10,7	17,6	3,1	6,8	7,7
Soins d'orthophonistes	4,7	4,2	3,9	2,6	2,3	4,7	-15,2	17,1	1,1	7,9	6,9
Soins d'orthoptistes	4,7	4,6	3,9	3,5	30,0	19,3	-7,2	23,5	8,0	9,7	14,3
Soins de pédicures-podologues	2,2	1,5	0,4	0,2	1,2	1,3	-3,7	6,4	7,8	0,6	1,7
Soins de psychologues	11,8	16,9	13,3	9,6	10,1	10,2	0,6	22,7	8,1	6,5	3,6
Soins des autres auxiliaires médicaux	13,1	15,6	14,9	14,6	12,8	15,5	-1,7	32,8	11,5	12,7	8,5
Soins dentaires	-0,5	0,9	1,7	0,5	-0,1	1,3	-4,8	15,2	2,0	3,5	2,3
Soins en centre de santé	5,4	8,5	10,0	8,6	7,5	13,4	1,9	17,4	11,9	11,6	6,4
Laboratoires d'analyse	-1,0	0,1	2,4	1,4	-1,1	2,9	-1,2	6,1	-1,7	3,4	-0,8
Imagerie médicale	10,6	-4,1	1,1	4,2	1,4	5,3	-8,9	12,1	5,0	7,4	7,0
Transports sanitaires	2,9	4,3	4,3	3,8	2,3	-0,7	-6,1	17,3	7,6	10,4	2,3
Biens médicaux	2,3	0,5	1,1	0,6	0,3	1,1	-1,3	6,6	3,7	2,1	5,1
Médicaments remboursables	1,7	-1,5	0,2	0,5	-2,2	-0,2	-2,1	3,5	4,6	1,6	5,5
Médicaments non remboursables	-3,5	-1,3	0,0	-2,2	2,1	-8,4	-10,4	1,9	10,3	2,1	4,5
Optique médicale	1,5	2,9	-1,5	-1,8	4,0	7,7	-9,1	16,7	0,3	5,6	3,4
Véhicules pour personnes handicapées physiques	3,9	3,0	2,9	5,6	7,5	13,8	-8,1	12,9	3,7	4,0	3,0
Audioprothèses	8,3	10,6	6,9	6,8	8,4	-0,5	1,9	58,3	-2,3	-1,1	-0,1
Prothèses et orthèses	6,8	5,9	6,3	4,0	4,4	5,2	-6,4	12,2	3,4	6,3	4,4
Matériel, aliments et pansements	7,3	5,4	6,1	2,7	4,0	2,5	15,1	-0,2	2,9	0,1	6,7
Consommation de soins et de biens médicaux	2,5	1,7	2,2	1,7	1,4	2,2	1,8	7,7	4,0	4,8	3,7

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	2024
Soins hospitaliers	0,3	-0,6	-0,2	0,7	0,1	1,9	14,0	2,7	4,9	3,8	0,6
Secteur public	0,5	-0,4	0,2	1,4	0,5	2,3	16,5	3,4	6,2	4,5	0,5
Secteur privé	-0,2	-1,2	-1,4	-1,6	-1,2	0,7	6,0	0,5	0,5	1,3	0,9
Soins ambulatoires	0,2	0,6	0,0	0,8	0,6	0,7	3,0	-1,2	0,1	0,4	1,6
Soins de médecins généralistes	0,2	0,5	0,2	4,9	2,9	0,0	2,2	-1,7	0,5	1,4	4,9
Soins de médecins spécialistes	0,2	0,5	0,4	1,4	1,9	1,0	6,0	-4,0	1,8	1,6	1,5
Soins de sages-femmes	0,5	0,0	0,4	0,1	0,0	3,8	2,1	-0,6	0,3	0,6	7,3
Soins infirmiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	2,9	1,0	0,7	0,2	2,0
Soins de kinésithérapeutes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	2,5	-2,3	0,1	0,0	2,1
Soins d'orthophonistes	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	2,0	1,2	-0,8	0,4	2,5	4,2
Soins d'orthoptistes	0,0	0,0	0,0	0,2	22,9	16,9	0,6	-0,6	0,0	0,1	4,1
Soins de pédicures-podologues	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1
Soins de psychologues	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	2,1	1,8	0,7	0,2	2,0
Soins des autres auxiliaires médicaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	2,1	1,8	0,7	0,2	2,0
Soins dentaires	0,7	1,1	0,0	0,0	-0,1	3,1	5,8	0,8	1,2	0,8	1,4
Soins en centre de santé	0,5	0,8	0,1	0,8	0,6	2,4	2,9	2,0	1,1	0,9	2,1
Laboratoires d'analyse	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1	-0,6	-9,8	-11,3	-7,4	-8,1
Imagerie médicale	0,2	0,5	-0,3	-0,5	-0,5	-0,8	0,1	-0,2	0,4	0,8	-1,0
Transports sanitaires	0,8	3,0	0,1	0,0	0,1	-2,2	0,5	3,4	2,1	2,6	3,6
Biens médicaux	-3,2	-3,1	-2,4	-2,1	-3,4	-2,7	-3,3	-6,2	-2,0	-2,1	-0,6
Médicaments remboursables	-5,3	-4,9	-3,7	-3,6	-5,7	-4,4	-7,4	-3,8	-3,9	-5,4	-1,7
Médicaments non remboursables	0,6	0,8	0,5	2,5	-0,6	-4,7	0,2	1,5	1,8	5,3	-1,2
Optique médicale	0,7	-0,4	-0,6	0,1	1,1	0,5	0,6	0,4	0,8	2,4	1,4
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	-0,1
Audioprothèses	-0,1	-0,2	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3	-2,9	-0,1	1,3	0,2
Prothèses et orthèses	0,0	-0,3	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3	-2,9	-0,1	1,3	0,2
Matériel, aliments et pansements	0,3	-0,4	-0,8	-0,3	-0,1	0,8	8,2	-22,1	0,4	2,5	1,5
Consommation de soins et de biens médicaux	-0,6	-0,9	-0,7	0,1	-0,6	0,4	6,3	-0,6	1,8	1,4	0,6

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux
(en volume)

	En %										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Soins hospitaliers	1,9	2,4	2,5	1,1	1,1	0,2	-6,5	4,2	-0,4	2,1	2,3
Secteur public	2,0	2,1	1,9	0,5	0,5	0,0	-7,7	2,7	-1,2	1,6	2,1
Secteur privé	1,5	3,5	4,4	2,8	3,4	0,8	-2,6	9,4	2,4	3,9	3,1
Soins ambulatoires	2,9	2,0	3,0	1,5	1,7	2,5	-5,6	11,1	3,6	4,6	2,3
Soins de médecins généralistes	1,4	0,5	1,7	-4,4	-0,2	0,8	-5,9	3,0	3,0	-0,7	-0,8
Soins de médecins spécialistes	2,5	3,0	1,6	1,1	0,5	2,4	-5,8	10,7	2,6	3,9	3,5
Soins de sages-femmes	12,4	12,0	7,9	7,1	8,4	9,2	4,8	14,9	5,9	5,2	10,6
Soins infirmiers	6,2	6,7	3,7	3,2	4,0	4,2	5,5	1,4	1,1	2,6	-0,9
Soins de kinésithérapeutes	5,2	4,0	3,9	2,3	2,1	3,0	-12,9	20,3	3,0	6,8	5,5
Soins d'orthophonistes	4,7	4,2	3,9	2,6	0,1	2,7	-16,2	18,0	0,7	5,2	2,5
Soins d'orthoptistes	4,7	4,6	3,9	3,4	5,8	2,1	-7,8	24,2	8,0	9,5	9,8
Soins de pédicures-podologues	0,9	1,5	0,4	0,2	1,2	1,3	-3,7	6,4	7,8	0,6	-16,0
Soins de psychologues	11,8	16,9	13,3	9,6	9,9	9,8	-1,4	20,5	7,4	6,4	1,5
Soins des autres auxiliaires médicaux	13,1	15,6	14,9	14,5	12,6	15,1	-3,7	30,5	10,7	12,5	6,4
Soins dentaires	-1,2	-0,2	1,7	0,5	0,0	-1,8	-10,0	14,4	0,8	2,6	0,9
Soins en centre de santé	4,9	7,6	9,9	7,8	6,9	10,7	-0,9	15,1	10,7	10,6	4,2
Laboratoires d'analyse	0,7	0,9	4,1	3,0	3,2	4,0	-0,6	17,7	10,8	11,7	8,0
Imagerie médicale	10,4	-4,6	1,4	4,7	2,0	6,2	-9,0	12,4	4,6	6,5	8,1
Transports sanitaires	2,1	1,3	4,2	3,8	2,2	1,5	-6,6	13,4	5,4	7,5	-1,3
Biens médicaux	5,7	3,7	3,6	2,8	3,8	3,9	2,1	13,6	5,7	4,3	5,7
Médicaments remboursables	7,4	3,6	4,1	4,2	3,8	4,4	5,8	7,6	8,8	7,4	7,4
Médicaments non remboursables	-4,1	-2,1	-0,4	-4,5	2,7	-3,9	-10,5	0,4	8,4	-3,1	5,8
Optique médicale	0,8	3,2	-0,9	-1,8	2,9	7,2	-9,6	16,2	-0,4	3,2	1,9
Véhicules pour personnes handicapées physiques	3,7	3,3	1,4	5,7	7,4	13,7	-7,9	12,6	3,6	3,7	3,0
Audioprothèses	8,3	10,8	7,7	7,2	8,4	-0,2	3,2	63,0	-2,3	-2,4	-0,3
Prothèses et orthèses	6,7	6,1	7,1	4,4	4,3	5,5	-5,1	15,5	3,5	4,9	4,2
Matériel, aliments et pansements	7,0	5,8	7,0	2,9	4,1	1,7	6,4	28,2	2,4	-2,3	5,2
Consommation de soins et de biens médicaux	3,1	2,6	2,9	1,6	2,0	1,8	-4,2	8,4	2,2	3,3	3,0

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

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Consommation de soins et de biens médicaux	187 564	190 771	194 959	198 209	200 910	205 290	209 031	225 219	234 349	245 707	254 796
Hors consommation de soins et de biens médicaux	56 528	57 370	58 278	59 743	61 062	62 281	67 977	77 750	76 123	75 275	77 844
Soins de longue durée	35 982	36 735	37 530	38 505	39 535	40 859	43 488	44 886	47 049	50 498	52 208
Prévention	5 611	5 731	5 680	6 013	6 205	6 289	9 339	17 455	13 330	8 657	8 731
Gouvernance	14 935	14 904	15 068	15 224	15 322	15 134	15 150	15 408	15 744	16 120	16 905
Dépense courante de santé au sens international	244 092	248 140	253 237	257 951	261 972	267 571	277 008	302 969	310 473	320 983	332 640

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2024

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2025

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2024 – Édition 2025* offre un panorama détaillé des dépenses de santé en France en 2024.

Cette année, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 333 milliards d'euros. Elle augmente de 3,6 %, soit plus rapidement que le PIB (+3,3 %). La croissance de la DCSi est portée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), principal poste de la DCSi qui rassemble les soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que les biens médicaux.

La CSBM augmente en volume de 3,0 %, portée notamment par la forte progression de la consommation de médicaments ainsi que de soins hospitaliers. En 2024, le prix de la CSBM est moins dynamique que l'inflation (+0,6 % contre +2,0 %). Les prix des soins courants en ville sont tirés à la hausse par les revalorisations tarifaires mais, en même temps, les prix des médicaments diminuent (-1,7 %), et ceux des soins hospitaliers n'augmentent que modérément (+0,5 % dans le secteur public, +0,9 % dans le secteur privé). Au total, la CSBM augmente de 3,7 % en 2024. Elle s'élève à 255 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB.

En 2024, la part de la CSBM financée par les administrations publiques diminue de 0,5 point, avec la baisse des remboursements des soins dentaires et le doublement des franchises et participations forfaitaires. Elle s'élève ainsi à 79,4 %. À l'inverse, la part financée par les organismes complémentaires augmente de 0,3 point pour s'établir à 12,8 %, et celle financée directement par les ménages de 0,1 point, pour s'établir à 7,8 %.

Cet ouvrage présente également une comparaison des dépenses de santé au niveau international, sur le champ plus large de la DCSi, qui inclut la CSBM, les dépenses de soins de longue durée, de prévention et les coûts de gestion du système de santé. Ainsi, en 2024, la France consacre 11,4 % de son PIB à la santé, une part plus importante que la moyenne des États membres de l'UE-27 (10,2 %). 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