

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'euros en 2021; elle accélère par rapport à 2020 (+9,8 % après +3,7 %), poussée par les dépenses de prévention liées à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 (tests PCR et TAG, dépenses de vaccination).

Après une forte baisse en 2020, le reste à charge des ménages est quasiment stable en 2021, à 8,9 % de la DCSi (après 8,8 %). La reprise rapide de l'activité dans les secteurs où le reste à charge est élevé contribue à augmenter le reste à charge des ménages; néanmoins, la prolongation de l'effort de l'Assurance maladie au financement quasi intégral des dépenses liées à la crise et par la poursuite du déploiement du 100 % santé atténuent fortement cette augmentation.

La dépense courante de santé représente 12,3 % du PIB en 2021

La dépense courante de santé au sens international¹ (DCSi) s'élève à 307,8 milliards d'euros en 2021, soit 12,3 % du PIB (tableau 7).

Avec la crise sanitaire, la dépense courante de santé s'accroît très rapidement. Elle augmente de 9,8 % en 2021, après +3,7 % en 2020. Ainsi, elle a augmenté de 6,7 % en moyenne entre 2019 et 2021, contre +1,9 % par an entre 2013 et 2019. Cette accélération est due aux dépenses réalisées dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, notamment aux dépenses de prévention, qui passent de 5,5 milliards d'euros en 2019 à 8,6 milliards d'euros en 2020 puis 16,9 milliards en 2021. C'est en effet sur ce poste que sont comptabilisées la plupart des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie, en particulier les dépenses liées au dépistage (tests PCR et antigéniques), à la vaccination (achat et injection de vaccin Covid-19) et à la mise en place des outils de suivi des cas contacts (fiche 22).

La progression des autres composantes de la DCSi s'explique principalement par un rebond des soins délivrés par les établissements de santé et en ville.

Les dépenses de l'hôpital public et des établissements médico-sociaux progressent respectivement de 6,3 % et 7,8 % en moyenne par an entre 2019 et 2021 du fait des primes exceptionnelles versées aux personnels en 2020 et des mesures de revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé. Les dépenses en cliniques privés progressent en moyenne de 5,6 % par an entre 2019 et 2021, sous l'effet notamment d'une revalorisation du tarif des actes en 2021 et de la mise en place de la garantie de financement, qui assure un niveau de revenu en 2020 et en 2021 au moins équivalent à celui observé avant crise.

Par ailleurs, la mise en place de la réforme du 100 % santé dans le dentaire, l'optique et les audioprothèses a contribué à la forte augmentation des dépenses de ces trois secteurs (en moyenne +26,8 % par an pour les audioprothèses et +6,7 % par an pour le dentaire entre 2019 et 2021).

Seules les dépenses de gouvernance conservent un rythme de progression équivalent à celui observé avant la crise sanitaire (+0,8 % par an entre 2019 et 2021) [fiche 24].

¹ La dépense courante de santé au sens international (DCSi) correspond à la consommation finale effective de services sanitaires et de biens médicaux, que cette consommation soit individuelle (comme une consultation médicale) ou non (comme une campagne de prévention). La

définition de la DCSi est établie conjointement par l'OCDE et Eurostat et permet d'effectuer des comparaisons internationales. Son périmètre est plus large que celui de la consommation de soins et de biens médicaux (annexe 7).

Tableau 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) entre 2013 et 2021

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020- 2021 (en %)	TCAM 2019/ 2021 (en %)	TCAM 2013/ 2019 (en %)
CSBM (1)								
HC.1+ HC.2- Soins courants	128 081	142 338	145 894	149 175	162 062	8,6	5,4	2,2
HC.4- Services auxiliaires	10 809	12 231	12 361	11 895	13 564	14,0	4,7	2,3
HC.5- Biens médicaux et médicaments	46 451	48 205	48 648	49 109	51 070	4,1	2,5	0,8
Hors CSBM (2)								
HC.3- Les soins de longue durée	36 346	41 378	42 723	46 362	48 770	5,2	6,8	2,7
HC.6- Prévention	5 162	5 443	5 523	8 591	16 917	96,9	75,0	1,1
HC.7- Gouvernance	14 437	15 294	15 164	15 151	15 401	1,7	0,8	0,8
Dépense courante de santé au sens international (DCSi = 1+2)	241 286	264 888	270 312	280 283	307 785	9,8	6,7	1,9
DCSi (en % du PIB)		11,2	11,1	12,1	12,3			

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Lecture > En 2021, la dépense courante de santé au sens international s'élève à 307,2 milliards d'euros.**Sources** > DREES, comptes de la santé pour la DCSi ; Insee pour le PIB.

Une forte hausse des soins de longue durée en 2020

Les soins de longue durée (SLD) représentent 48,8 milliards d'euros en 2021 (tableau 2). Ils augmentent de 6,8 % en moyenne annuelle entre 2019 et 2021, contre 2,7 % entre 2013 et 2019 avant la crise sanitaire.

Les soins de longues durées aux personnes âgées et les dépenses liées à la dépendance augmentent fortement, de 8,5 % en moyenne par an entre 2019 et 2021. Cette hausse est due aux mesures de soutien aux établissements médico-sociaux et aux revalorisations salariales des personnels en EPHAD et en unité de soins de longue durée (USLD) prises dans le cadre du Ségur de la santé.

Les SLD aux adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée progressent en moyenne 3,6 % par an entre 2019 et 2021. Cette augmentation des SLD, plus faible que celle des autres secteurs, s'explique par un effet de structure : les établissements d'accueil concernés comptent davantage de personnels non soignants (éducateur spécialisé, animateur) qui n'ont pas bénéficié des mesures du Ségur de la santé au même titre que le personnel soignant. Pour ces personnels, des revalorisations salariales similaires à celles prises lors du Ségur ont été décidées, mais elles entreront en vigueur au 1^{er} avril 2022.

Tableau 2 Dépenses de soins de longue durée entre 2013 et 2021

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020- 2021 (en %)	TCAM 2019/ 2021 (en %)	TCAM 2013/ 2019 (en %)
Adultes handicapés et enfance inadaptée	12 681	13 998	14 355	15 212	15 397	1,2	3,6	2,1
Personnes âgées et dépendance	23 179	26 779	27 733	30 460	32 630	7,1	8,5	3,0
Lutte contre la toxicomanie	486	600	635	690	743	7,6	8,2	4,5
Ensemble des soins de longue durée (HC.3)	36 346	41 378	42 723	46 362	48 770	5,2	6,8	2,7

TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Source > DREES, comptes de la santé.

L'Assurance maladie finance les trois quarts de la DCSi en 2021

Le financement de la DCSi repose principalement sur l'Assurance maladie : elle prend en charge 76,2 % de la dépense en 2021 (tableau 3). Les organismes complémentaires financent quant à eux 12,0 % de la dépense. Le reste à charge (RAC) des ménages s'établit à 8,9 % de la dépense en 2021 ; il est supérieur au RAC sur la CSBM (fiche 21) en raison notamment des soins de longue durée, pour lesquels la part qui demeure à la charge des ménages est supérieure à la part de la CSBM que financent les ménages. La prise en charge varie selon les secteurs de la DCSi. L'Assurance maladie finance davantage les soins courants et les dépenses de prévention (via le FIR et ses fonds de prévention spécifiques). *A contrario*, sa participation est moins élevée dans les dépenses de biens médicaux et les soins de longue durée.

Les organismes complémentaires interviennent dans le financement des dépenses de biens médicaux et des soins courants mais ne participent quasiment pas au financement des SLD ou des dépenses de prévention.

La participation de l'État et des collectivités locales est très faible pour les soins courants (0,5 % en 2021). Elle est un peu plus élevée sur la prévention (12,0 % en 2021). Les collectivités locales financent la moitié des dépenses de prévention ; l'État l'autre moitié. La participation au financement de la DCSi des administrations publiques centrales et locales diminue fortement en 2021 (2,3 % en 2021 contre 4,0 % en 2020), en raison notamment du transfert du financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) vers l'Assurance maladie et d'une fraction du financement de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La part des dépenses de santé financée directement par les ménages varie fortement suivant les composantes de la dépense. Limitée sur deux de ses principales composantes (4,5 % pour les soins courants et 7,1 % pour les services auxiliaires en 2021), elle est en revanche nettement plus élevée sur les SLD et les biens médicaux, les ménages supportant directement respectivement 22,9 % et 14,8 % de dépenses en 2021.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2021

En %

	Assurance maladie	État et collectivités locales	Organismes complémentaires	Entreprises privées	Ménage	Total
CSBM (1)						
HC.1+ HC.2 - Soins courants	84,8	0,5	10,2	0,0	4,5	100,0
HC.4 - Services auxiliaires	79,5	0,4	13,0	0,0	7,1	100,0
HC.5 - Biens médicaux	63,7	0,3	21,3	0,0	14,8	100,0
Hors CSBM (2)						
HC.3 - Soins de longue durée	70,6	6,3	0,1	0,0	22,9	100,0
HC.6 - Prévention	75,0	12,0	0,0	10,0	3,0	100,0
HC.7 - Gouvernance	43,8	6,1	50,1	0,0	0,0	100,0
DCSi (1+2)	76,2	2,3	12,0	0,5	8,9	100,0

Lecture > En 2021, la DCSi est financée à 76,3 % par l'Assurance maladie.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge des ménages à la DCSi est quasiment stable en 2021

Entre 2013 et 2021, le reste à charge des ménages sur l'ensemble de la DCSi diminue quasiment chaque année, de 10,0 % en 2013 à 8,9 % en 2021 (*graphique 1*).

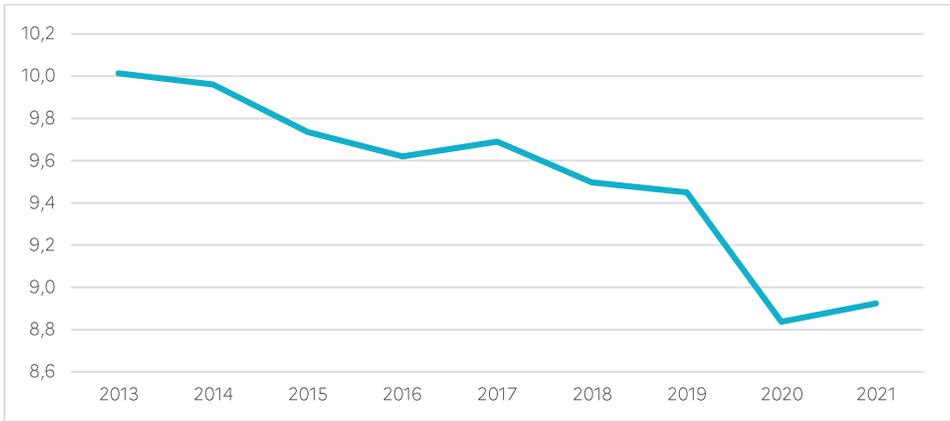
La diminution du reste à charge est particulièrement marquée en 2020 : -0,6 point. Cette baisse est due à plusieurs facteurs ; le principal est une hausse de la prise en charge de l'Assurance maladie, celle-ci ayant financé l'intégralité des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie (dépenses de dépistage, soutien au financement des établissements de santé et aux rémunérations des libéraux dans un contexte de baisse de leur activité). La baisse du reste à charge en 2020 s'explique aussi par un effet de composition des dépenses : l'activité a davantage diminué dans certains secteurs où il était élevé (dentistes, optique, médicaments).

En 2021, le reste à charge augmente légèrement (+0,1 point). Les facteurs de hausse, en particulier la reprise d'activité rapide des secteurs avec un reste à charge important (dentiste, optique) et la diminution des soutiens publics, est atténué sans être totalement compensé par d'autres facteurs qui continuent de jouer à la baisse. La poursuite du déploiement du 100 % santé modère la hausse du RAC dans les secteurs concernés et l'Assurance maladie poursuit son effort de prise en charge quasi-intégral des dépenses de crise (tests PCR et antigéniques, vaccination).

En 2021, les SLD représentent 41 % du reste à charge des ménages, alors qu'ils ne représentent que 16 % de la DCSi (*graphique 2*). Les biens médicaux constituent 27 % du reste à charge, principalement dans le secteur de l'optique et des médicaments où la prise en charge de l'Assurance maladie est plus faible. ■

Graphique 1 Évolution du reste à charge des ménages de la DCSI entre 2013 et 2021

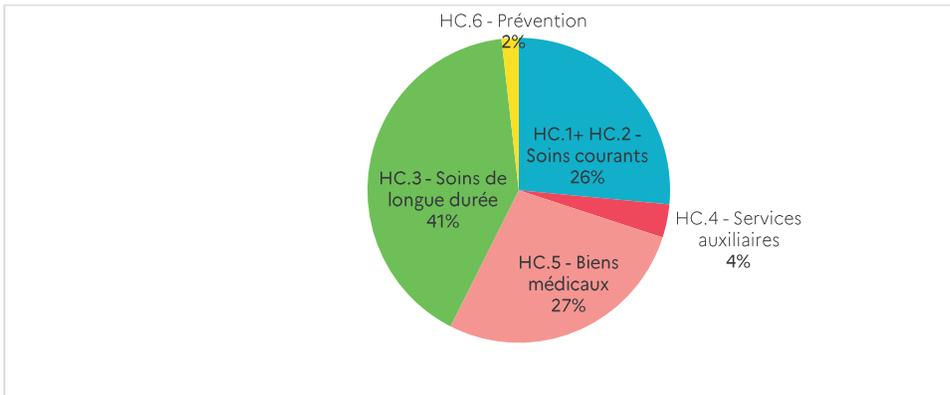
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition du reste à charge des ménages de la DCSI par fonction de soins en 2021

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *France : profil de santé par pays 2021, State of Health in the EU*. Paris, France : édition OCDE.
- > OCDE (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- > *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021*, consultables sur <https://stats.oecd.org/>
- > *Statistiques d'Eurostat sur la santé 2021*, consultables sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- > *System of Health Accounts (SHA)*, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>
- > Chardon-Boucaud, S. (2022). *Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19*. DREES, *Études et Résultats*, 1238.