

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

	2014	2020	2021	2022	2023	En % 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	92,9	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	2,1	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 (13,6 %)						
Sécurité sociale	71,9	74,9	76,5	76,1	76,2	76,1
État	1,7	2,1	0,4	0,4	0,5	0,5
Organismes complémentaires	13,5	11,2	10,4	10,9	10,9	10,9
Ménages	12,9	11,8	12,6	12,5	12,4	12,5
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 tendanciellement 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

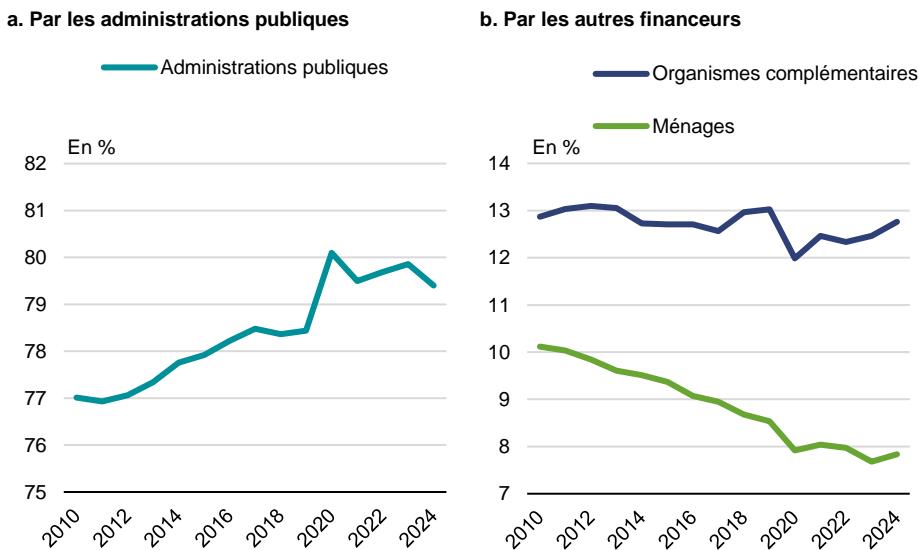
La décomposition par poste des financements diffère selon les financeurs du système de santé. Les soins hospitaliers constituent ainsi le premier poste de dépenses pour la Sécurité sociale, avec 56 % de sa dépense totale en 2024 (*graphique 2*).

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.

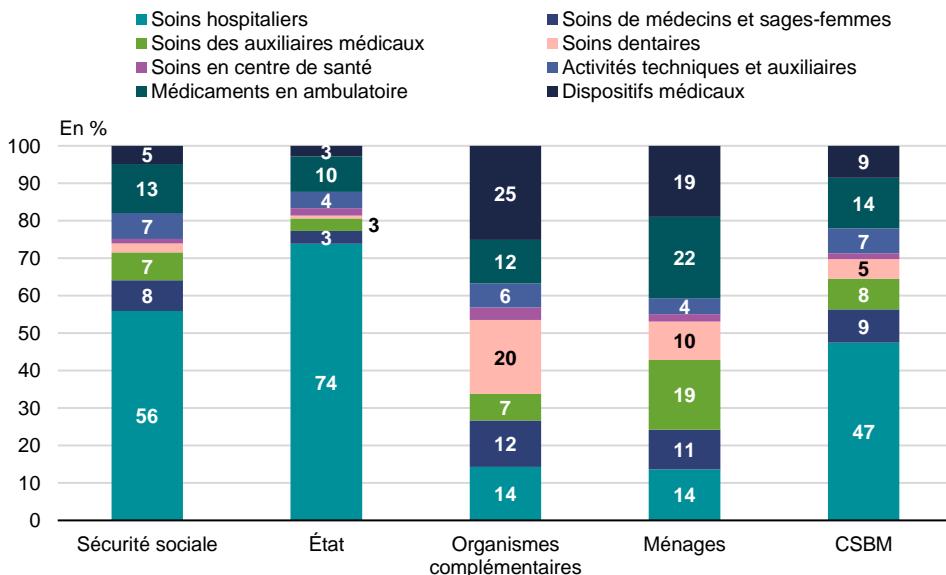
¹ La contribution exceptionnelle des OC lors de la crise due au Covid-19 n'est pas comptée dans le financement de la CSBM par les OC. En effet, cette contribution n'est

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

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

	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	En milliards d'euros
Soins hospitaliers	113,3	0,1	113,4	
Secteur public	92,7	-3,2	89,5	
Secteur privé	20,6	3,3	23,9	
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	0,0	9,4	
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.

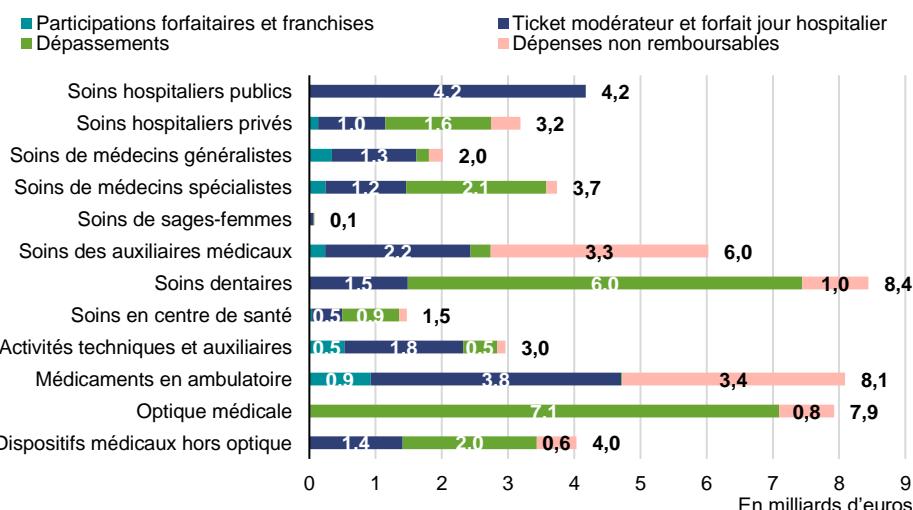
Enfin, les franchises et participations forfaitaires s'élèvent à 2,5 milliards d'euros. Ce reste à charge augmente de 35 % en 2024, conséquence du doublement des franchises médicales et de la participation forfaitaire¹ entré en vigueur au printemps.

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.