

Études & Résultats

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



SEPTEMBRE
2017
NUMÉRO
1025

Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015

Entre 2011 et 2015, la dépense de santé, tous financeurs confondus, telle que retracée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), a progressé de 8,9 %. Plus de la moitié de cette croissance s'explique par des facteurs démographiques : l'accroissement de la population pour un quart, et son vieillissement pour un autre quart. Le reste de la croissance tient à l'ensemble des autres facteurs influant sur la dépense de santé : modifications de comportement des assurés et des professionnels de santé, avancées techniques et innovations, évolution de la réglementation, etc.

Le reste à charge des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire a progressivement diminué en proportion de la CSBM entre 2011 et 2015, de 1 point au total. La moitié de cette baisse tient au vieillissement de la population, à l'accroissement de la prévalence des affections de longue durée (ALD) à âge donné et, pour les personnes touchées par une ALD, à l'augmentation de la part de leur consommation de soins en lien avec cette ALD.

Juliette Grangier, Myriam Mikou, Romain Roussel,
Julie Solard (DREES)

En France, comme dans la plupart des pays européens, la part des dépenses de santé dans le PIB ne cesse d'augmenter. De 1950 à 2015, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM¹) dans le PIB a plus que triplé, passant de 2,6 % à 8,9 % du PIB. En particulier, entre 2011 et 2015, ce taux a progressé de 0,2 point, pour une hausse correspondante de la dépense en valeur de 8,9 %.

Une population qui s'accroît et qui vieillit

De 2011 à 2015, l'augmentation de la dépense tient notamment au fait que la population totale de la France² a augmenté de 2,0 %, et que celle-ci est globalement plus âgée. La part de la population de 60 à 79 ans est en effet passée de 17,7 % en 2011 à 18,7 % en 2015, et celle des personnes de 80 ans ou plus de 5,4 % à 5,8 %.

Or les dépenses de santé progressent avec l'âge (graphique 1 et encadré 1), du fait de la dégradation de l'état de santé. Relativement élevée autour de la naissance, la dépense moyenne diminue ensuite rapidement et se stabilise, avant de progresser à nouveau à un rythme soutenu aux alentours de 50 ans. Un retournement est visible entre 80 et 94 ans : la dépense de santé est moindre à ces âges extrêmes de la vie. En effet, les personnes les plus

1. La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Elle comprend la consommation de soins hospitaliers (y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé), la consommation de soins de ville (en cabinets libéraux, ainsi que les soins en dispensaires, les actes des laboratoires et des cures thermales), la consommation de transports de malades, la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux (y compris optique médicale).

2. Il s'agit de la population totale estimée par l'INSEE, modifiée pour inclure Mayotte dès 2011.

•••

3. Ce taux est le résultat d'une extrapolation effectuée à partir des données du régime général, hors SLM.

4. Si la prévalence à âge donné était restée identique entre 2011 et 2015, le seul vieillissement de la population aurait fait augmenter la prévalence globale des ALD de 0,6 point.

âgées résident fréquemment en établissements, ce qui modifie leur consommation de soins de ville, les dépenses médico-sociales (hors du champ de cette étude) prenant alors le relais.

Le profil de consommation de soins des femmes et des hommes est globalement similaire par âge. Toutefois, la consommation moyenne des femmes présente un rebond aux âges de la maternité, entre 20 et 40 ans, et s'élève ensuite un peu moins vite avec l'âge que celle des hommes. D'un niveau comparable lors de l'enfance, la dépense de santé des femmes apparaît donc supérieure à celle des hommes avant 50 ans et plus faible après. En 2015, la dépense moyenne d'un homme âgé de 70 à 74 ans est ainsi près de 8 fois plus élevée que celle d'un homme de 20 à 24 ans. Une décomposition de la dépense moyenne par poste fin de dépense permet de nuancer cette analyse : le profil de dépense de santé par classe d'âge diffère en effet d'un poste à l'autre. Un peu plus de la moitié des soins hospitaliers et des médicaments sont consommés par des personnes de plus de 60 ans (graphique 2). La part de la consommation attribuable aux plus de 60 ans atteint même 60 % pour les transports de malades et 67 % pour les soins d'auxiliaires médicaux. En revanche, cette part n'est que de 39 % pour les soins de médecins et sages-femmes et de 32 % pour les soins dentaires. L'évolution des dépenses de santé doit donc être analysée par poste de dépense plutôt que globalement.

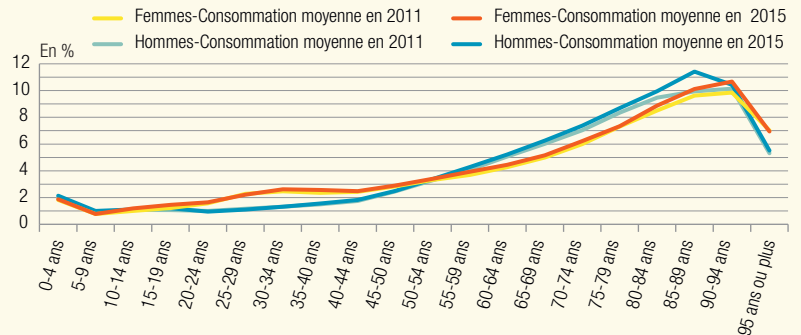
À tout âge, une dépense individuelle de santé un peu plus élevée en 2015 qu'en 2011

Le profil de consommation de soins étant fortement croissant avec l'âge, le vieillissement de la population entraîne une hausse structurelle de la dépense de santé. Cependant, au-delà de ces effets directs du vieillissement, le profil de consommation de soins n'est pas stable dans le temps : à tout âge, la dépense individuelle de santé est un peu plus élevée en 2015 qu'en 2011 (graphique 1). Cette augmentation de la dépense à âge donné n'est pas de nature démographique, dans la mesure où il s'agit de consommations individuelles par âge. Elle n'est pas non plus le fait de l'inflation, puisque le prix de la CSBM dimi-



GRAPHIQUE 1

Consommation moyenne par tranche d'âge et sexe, en 2011 et 2015



Lecture • En 2011, la dépense moyenne des hommes de 35 à 40 ans est 1,5 fois supérieure à celle des hommes de 20 à 24 ans.

Source • CNAMTS, EGB ; DREES, comptes de la santé.



ENCADRÉ 1

De l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

L'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est apparié au programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). Il est utilisé pour évaluer les consommations moyennes de chaque poste selon le sexe, la tranche d'âge, la présence ou non d'une affection de longue durée (ALD) et le lien ou non de la consommation avec une ALD.

Pour extrapoler la population de l'EGB à la population totale, y compris les non-consommateurs, un recalage est effectué sur les populations du recensement publié par l'INSEE. Les prévalences des ALD par âge et sexe, et les consommations moyennes par sexe et tranche d'âge de l'EGB sont conservées lors de cette extrapolation. Ce recalage permet notamment de s'affranchir de la dynamique plus forte des effectifs des assurés du régime général par rapport au reste de la population¹.

L'EGB apparié au PMSI retrace les dépenses présentées au remboursement des assurés du régime général, hors sections locales mutualistes (SLM), sur le périmètre des soins de ville, de l'hôpital public pour la partie MCO (hors consultations externes) et des cliniques privées. Les soins en psychiatrie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) du secteur public et les soins non remboursables ou non présentés au remboursement sont donc hors champ.

Pour les objectifs de cette étude, les dépenses totales de chaque poste et leur reste à charge sont recalés sur ces mêmes agrégats issus des comptes de la santé par l'application, sur les consommations moyennes, d'un facteur multiplicatif par poste unique pour l'ensemble des groupes de population. Ce recalage conserve l'ensemble des ordres de grandeur et ne change qu'à la marge les effets évalués ici. En effet, les dépenses du régime général représentent près de 80 % de celles de l'ensemble des régimes et la dépense présentée au remboursement représente 96 % de la CSBM.

1. Cette différence est due à plusieurs facteurs. D'une part, le régime général est structurellement plus dynamique que d'autres régimes, comme le régime agricole, du fait d'une salarisation croissante des emplois sur longue période. D'autre part, le régime général a absorbé la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP) en 2013. Enfin, les données d'effectifs du régime général seraient surestimées. En 2013, le répertoire national interrégimes de l'assurance maladie (RNIAM) recense plus de trois millions d'effectifs surnuméraires par rapport à l'INSEE, et les caisses sept millions (IGAS-IGF, 2013).

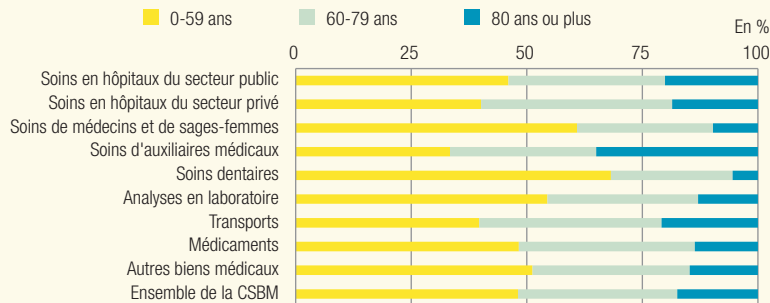
nue entre 2011 et 2015 (-1,6 %). Elle peut résulter d'une part de l'innovation thérapeutique au sens large, mais également d'un effet générationnel : à âge et état de santé donnés, une génération pourrait consommer plus de soins. Sur une période aussi courte d'étude (quatre ans), cet effet est *a priori* mineur.

L'état de santé moyen à âge donné peut s'être dégradé. Le suivi de la prévalence des affections de longue durée (ALD)

en fournit une mesure imparfaite. Le nombre d'assurés en ALD a progressé de façon soutenue au cours des dernières années, passant de 15,9 % à 16,7 % de la population entre 2011 et 2015³, du fait de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Néanmoins, cette augmentation de 0,8 point des ALD dans la population provient pour les trois quarts du vieillissement de la population⁴. L'augmentation des effectifs d'assurés en

GRAPHIQUE 2

Répartition des dépenses de santé par tranche d'âge en 2015



Lecture • 17 % de la CSBM est consommée par les personnes de 80 ans ou plus, dont 14 % par des personnes ayant une ALD.

Source • CNAMTS, EGB ; DREES, comptes de la santé.

TABLEAU 1

Contribution des facteurs démographiques et de la prévalence des ALD à l'accroissement des dépenses de santé entre 2011 et 2015

	Évolution de la dépense	Effet taille de la population	Effet vieillissement	Effet prévalence des ALD	Effet résiduel		
					dont prix	dont volume	
Soins en hôpitaux du secteur public	10,8	2,0	2,8	0,8	5,2	1,6	3,6
Soins en hôpitaux du secteur privé	7,8	2,0	3,0	0,4	2,4	-1,3	3,7
Soins de médecins et de sages-femmes	8,3	2,0	1,2	0,2	4,9	1,3	3,6
Soins d'auxiliaires médicaux	24,4	2,0	5,0	0,9	16,5	3,9	12,6
Soins dentaires	4,2	2,0	0,8	0,0	1,4	3,8	-2,4
Analyses en laboratoire	-1,8	2,0	1,4	0,2	-5,5	0,0	-5,5
Transports	19,2	2,0	3,6	1,5	12,0	6,3	5,7
Médicaments	-0,7	2,0	2,1	0,7	-5,5	-14,3	8,8
Autres biens médicaux	17,5	2,0	2,5	0,6	12,4	1,0	11,4
Ensemble de la CSBM	8,9	2,0	2,5	0,6	3,7	-1,6	5,3

Lecture • Entre 2011 et 2015, la CSBM a crû de 8,9 % (en termes nominaux), dont 2,0 points sont imputables au vieillissement de la population.

Source • CNAMTS, EGB ; DREES, comptes de la santé.

ALD ne s'explique donc que modérément par une hausse de la prévalence des ALD à âge donné, dont les facteurs explicatifs peuvent être à la fois de nature épidémiologique (augmentation des pathologies sévères) et interventionnelle (modifications des règles médico-administratives, actions visant à détecter plus précocement certaines pathologies graves, élargissement ou au contraire restriction de la population cible). Néanmoins, même si la hausse de la prévalence des ALD à âge donné est faible, son suivi permet de

rendre compte de l'évolution de l'état de santé moyen à chaque âge et du niveau de reconnaissance des différentes pathologies chroniques.

La moitié de la croissance des dépenses de santé est due à l'accroissement de la population et à son vieillissement

Entre 2011 et 2015, l'accroissement de la population et son vieillissement⁵ contribuent chacun pour un quart à la croissance

de la consommation de soins et de biens médicaux (encadré 1). Aussi, si le vieillissement n'apparaît pas comme le seul facteur de la dynamique des dépenses de santé, son importance relative semble s'accroître lors de la période récente⁶, au cours de laquelle la dépense de santé a progressé à un rythme bien moins élevé qu'auparavant. Précisément, la population française augmente de 2,0 % entre 2011 et 2015. L'impact de cet accroissement démographique sur la dépense de santé est estimé à 2,0 points sur les 8,9 % de croissance de la CSBM (tableau 1).

L'effet lié au vieillissement de la population est du même ordre (2,5 points). Il correspond à la différence entre la consommation observée en 2015 et celle qui aurait été observée si la structure de la population par sexe, âge et taux de prévalence des ALD était restée identique à celle de 2011⁷. C'est pour les auxiliaires médicaux que cet effet est le plus élevé, puisqu'il entraîne une augmentation de 5,0 % de ces dépenses durant la période étudiée. Il influe également sur les dépenses de transports de malades (+3,6 %) et les soins hospitaliers (+2,8 % pour les soins à l'hôpital public et +3,0 % pour les soins en clinique privée). Il s'agit des postes pour lesquels la consommation est la plus fortement croissante avec l'âge. L'augmentation de la prévalence des ALD à âge donné est secondaire et n'explique qu'une hausse de 0,6 point des dépenses de santé entre 2011 et 2015. Comme pour le facteur vieillissement, cet effet entraîne des dépenses plus élevées pour les transports et les soins d'auxiliaires médicaux. Il met surtout en évidence l'augmentation des pathologies lourdes (qu'elle soit effective, ou liée à une meilleure prise en charge).

Les trois effets identifiés : la taille de la population, le vieillissement et la prévalence des ALD, expliquent au total près de 60 % de la croissance des dépenses de santé. Les 40 % restants relèvent d'un effet de « consommation moyenne » dû à la fois à des facteurs de demande et d'offre de soins. Côté demande entrent en compte un effet génération⁸ et un effet comportement de consommation des patients (accroissement de la demande ou, à l'inverse, renoncement à certains soins). L'offre de soins varie selon des critères quantitatifs et qualitatifs (innovations thérapeutiques), tant pour les nouveaux biens médicaux que pour l'exercice des

5. L'amélioration générale des conditions de vie et de travail, la baisse de la natalité à partir des années 1970 et l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby-boom, expliquent la forte progression de la part des plus de 60 ans dans l'ensemble de la population française.

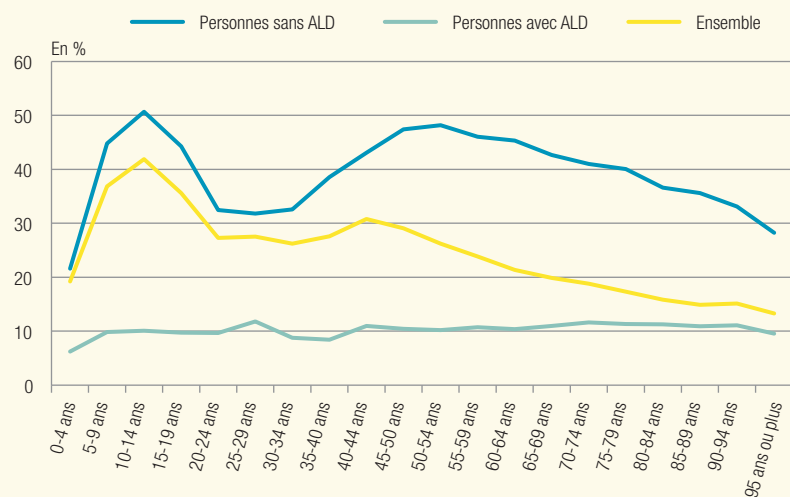
6. Au milieu des années 2000, plusieurs travaux estimaient que le vieillissement de la population constitue un facteur mineur de l'évolution des dépenses de santé. Voir notamment Polton D., Sermet C., 2006. Des analyses plus récentes, comme celle de Cusset P.-Y. (2017), vont dans le sens d'une réévaluation de cet effet.

7. La consommation moyenne de chaque tranche d'âge est supposée constante. L'effet de l'évolution de l'état de santé de la population à âge donné n'est pas estimé ici.

8. La consommation moyenne des personnes de 70 à 74 ans en 2011 n'est pas identique en 2015, en raison d'un état de santé et d'habitudes de consommation différents.

GRAPHIQUE 3

Reste à charge après assurance maladie obligatoire par tranche d'âge et selon le statut ALD en 2015



Lecture • En moyenne, la part de la CSBM non financée par l'assurance maladie obligatoire est de 28 % pour les personnes de plus de 95 ans sans ALD et de 10 % pour les personnes de plus de 95 ans ayant une ALD.

Source • CNAMTS, EGB ; DREES, comptes de la santé.

professionnels de santé. En outre, certaines mesures de régulation sont susceptibles de jouer à la fois sur l'offre et la demande de soins. Par exemple, les mesures de maîtrise des dépenses de santé peuvent modifier les comportements de prescription par les professionnels et de consommation de médicaments par leurs patients.

Selon les postes de dépenses, l'effet « consommation moyenne » est plus ou moins important, généralement positif. Il est particulièrement élevé pour les soins d'auxiliaires médicaux, dont il explique près des trois quarts de l'augmentation totale. Plusieurs raisons sont à l'origine de cette croissance. Les tarifs des soins infirmiers et de masso-kinésithérapie ont significativement augmenté en 2012 et en 2013⁹ ; et les effectifs de ces professionnels croissent de façon très dynamique (+15,6 % pour les masseur·euse·s-kinésithérapeutes libéraux et +27,3 % pour les infirmier·e·s libéraux en Métropole, entre 2011 et 2015). Enfin, ce fort effet « consommation moyenne » sur la dépense d'auxiliaires médicaux est lié à un plus fréquent recours à ces soins.

L'effet « consommation moyenne » contribue à hauteur de 63 % à l'augmentation des dépenses de transports sanitaires. Il est en grande partie dû à l'augmentation des tarifs¹⁰. Enfin, il participe à la hausse

des dépenses des autres biens médicaux liée à l'innovation, qui favorise l'augmentation de leur volume.

L'effet « consommation moyenne » est en revanche négatif¹¹ pour deux postes pour lesquels les prix ont beaucoup diminué : les analyses en laboratoires¹² et les médicaments, dont l'indice des prix a chuté de 14,3 % pendant la période. Cette baisse s'explique par la diminution du prix de nombreuses spécialités remboursées et par la diffusion des médicaments génériques, malgré la forte augmentation du volume des médicaments liée à l'innovation¹³. Enfin, l'effet « consommation moyenne » est quasiment nul pour les soins dentaires, les trois facteurs que sont la taille de la population, son vieillissement et la prévalence des ALD expliquant à eux seuls la quasi-totalité de l'évolution de ce poste depuis 2011.

Les personnes plus âgées et plus malades ont, en proportion, un reste à charge après AMO moins élevé

Les personnes en ALD sont remboursées à 100 % pour leurs pathologies exonérantes. Pour les autres pathologies, leur reste à charge est en moyenne de 11 % après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et avant celle des com-

plémentaires santé, contre 40 % pour les personnes sans ALD (graphique 3).

Les personnes âgées ont un reste à charge après AMO généralement plus faible en proportion de la dépense¹⁴ : il est en moyenne de 18 % pour les plus de 60 ans, contre 28 % pour les personnes de 0 à 59 ans. Cela est dû à un effet de structure : les personnes âgées sont plus fréquemment en ALD; elles consomment également des soins mieux remboursés par l'AMO (soins hospitaliers et transports sanitaires en particulier), car leur état de santé est en moyenne moins bon. Pour les personnes de 20 à 34 ans, le creux du reste à charge est en grande partie dû à l'importance, à ces âges, de dépenses de soins liées à la maternité, fortement prises en charge par l'AMO (graphique 1).

Effets vieillissement et ALD réduisent au total le reste à charge après AMO de 0,5 point entre 2011 et 2015

Entre 2011 et 2015, le reste à charge des ménages après remboursement de la seule AMO¹⁵ a progressivement diminué de 1,0 point de CSBM. Il s'établit ainsi à 22,8 % en 2015.

Les personnes plus âgées ayant proportionnellement un reste à charge moindre, le vieillissement de la population explique directement 0,2 point de cette diminution (encadré 2, tableau 2). Il explique notamment une baisse de 0,4 point du reste à charge sur les postes de soins d'auxiliaires médicaux et d'autres biens médicaux très corrélés à l'âge.

L'augmentation de la prévalence des ALD à âge donné contribue également pour 0,1 point à la diminution du reste à charge après AMO durant la période. Les postes les plus concernés sont, de nouveau, les soins d'auxiliaires médicaux, les médicaments et les autres biens médicaux.

L'augmentation de la part de la consommation liée à une ALD explique également 0,2 point de la diminution du reste à charge. En effet, entre 2011 et 2015, en moyenne, sur l'ensemble des personnes en ALD, la part de la dépense de santé liée à une ALD donnée est en hausse. Pendant cette période, la consommation en lien avec une ALD augmente en effet plus rapidement que la consommation qui ne s'y rapporte pas, notamment pour les

-
- 9.** Avenant n° 3 à la convention nationale des masseur·euse·s-kinésithérapeutes libéraux (novembre 2011) et avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux.
- 10.** Revalorisation des tarifs des taxis en 2013 et en 2014, revalorisations successives des tarifs des ambulances et des VSL en 2012 et 2013, etc.
- 11.** Un effet négatif s'interprète comme le fait que des facteurs autres que démographiques ou liés à la prévalence des ALD jouent significativement à la baisse durant la période 2011-2015 sur les évolutions observées. Il peut s'agir de variations des prix ou de structure de consommation des spécialités médicales.
- 12.** Pour les analyses en laboratoires, l'indice des prix à la consommation (IPC) présenté dans le tableau 1 est stable, puisqu'il suit l'évolution du tarif des lettres-clés. Il ne reflète donc pas les nombreuses baisses de cotations d'actes intervenues durant la période.
- 13.** L'introduction sur le marché d'une nouvelle spécialité et la hausse de prix associée se traduit par convention au sein de l'indice des prix à la consommation (IPC) comme une amélioration de la qualité.
- 14.** En valeur, leur reste à charge est cependant en moyenne plus élevé, car leur dépense est nettement supérieure.
- 15.** Il s'agit du reste à charge supporté par les ménages, les organismes complémentaires et le fonds CMU.

médicaments. Ces derniers intègrent des innovations coûteuses, qui bénéficient largement aux pathologies lourdes. Or, si les personnes en ALD consomment davantage de soins exonérés de ticket modérateur, car en lien avec leur affection, que de soins sans lien pour lesquels elles bénéficient d'un remboursement standard, leur reste à charge diminue. En revanche, pour les soins d'auxiliaires médicaux, l'augmentation de la consommation est plus forte pour les soins sans lien avec une ALD que pour les soins liés à ces pathologies, ce qui contribue à augmenter le reste à charge.

Au total, ces trois effets expliquent la moitié de la baisse du reste à charge des ménages après AMO depuis 2011 (-0,5 point sur -1,0 point de CSBM). L'autre moitié (-0,5 point), correspondant à l'« effet résiduel », est principalement imputable aux dépenses de médicaments. La modification de la structure de consommation des médicaments (dont la rétrocession), liée notamment à l'accroissement de la part relative des molécules innovantes, remboursées à 100 %, contribue fortement à la baisse du reste à charge. Pour les médicaments vendus en officine, la part de marché des médicaments remboursables par l'AMO à 100 % dans les ventes totales a augmenté de 4,9 points entre 2011 et 2015, au détriment de ceux remboursés à 15 % (-0,5 point), 30 % (-0,1 point) et 65 % (-5,1 points). La progression de la part des médicaments non remboursables (+0,8 point de parts de marché) ne compense que partiellement cette hausse. Par ailleurs, les remboursements de médicaments rétrocédés, c'est-à-dire délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients en ambulatoire, ont progressé de plus de 80 % au cours de la période. Cette déformation de la structure de la consommation de médicaments explique en grande partie la baisse du reste à charge après AMO, la part de financement de la Sécurité sociale s'en trouvant mécaniquement augmentée. L'effet résiduel est également négatif pour les soins de médecins et de sages-femmes. La forte augmentation des rémunérations forfaitaires, et en particulier de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), entièrement prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, réduit le reste à charge.



ENCADRÉ 2

Décomposition des évolutions de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et du reste à charge des ménages

Pour chaque poste de dépense, l'évolution de la consommation peut être décomposée en trois effets principaux : la taille de la population, sa structure et sa consommation moyenne.

La structure de la population est fondée sur des catégories, définies à la fois par le sexe, une tranche d'âge quinquennale et le fait d'être, ou non, en affection de longue durée (ALD).

L'effet « taille » correspond à l'accroissement des effectifs entre 2011 et 2015.

L'effet « structure » est égal à la différence entre la consommation observée en 2015 et celle qui aurait été observée si la répartition de la population par sexe, tranche d'âge quinquennale et statut ALD était restée identique à celle de 2011. Cet effet de structure est décomposé en deux effets :

- L'effet « vieillissement » est égal à la différence entre la consommation observée en 2015 et celle qui aurait été observée si la répartition de la population par sexe et tranche d'âge quinquennale était restée identique à celle de 2011.
- L'effet « prévalence des ALD » correspond à la différence entre l'effet de structure et l'effet « vieillissement ».

La partie restant non expliquée, ou effet « consommation moyenne », peut elle-même se décomposer ensuite en deux effets, comme figuré au tableau 1 : un « effet prix », qui rend compte de l'évolution de l'indice des prix à la consommation (IPC) au cours de la période 2011-2015 pour le poste de soins considéré et un « effet volume » intrinsèque, qui rend compte de l'évolution de la consommation de ce bien ne s'expliquant ni par des motifs démographiques (vieillesse et accroissement de la population) ni par l'évolution de la prévalence des ALD à âge donné. Cet effet « volume » traduit à la fois les évolutions des quantités consommées par personne, mais également les variations de qualité (innovation).

La décomposition du reste à charge des ménages s'obtient de manière similaire.



TABLEAU 2

Contribution des facteurs démographiques et des ALD à la diminution du reste à charge après AMO entre 2011 et 2015

	Reste à charge	Effet vieillissement	Effet prévalence des ALD à âge donné	Effet part de la consommation en lien avec la / les ALD	Effet résiduel	
						contribution du poste à l'effet résiduel total
Soins en hôpitaux du secteur public	-0,1	-0,0	-0,0	-0,1	0,1	0,1
Soins en hôpitaux du secteur privé	-0,0	-0,1	-0,0	-0,1	0,2	0,0
Soins de médecins et de sages femmes	-1,8	-0,2	-0,1	-0,1	-1,4	-0,1
Soins d'auxiliaires médicaux	-0,0	-0,4	-0,2	0,3	0,3	0,2
Soins dentaires	-0,8	0,1	-0,0	-0,1	-0,8	-0,1
Analyses en laboratoire	-0,6	-0,2	-0,1	0,1	-0,5	-0,1
Transports	-0,1	-0,0	-0,1	0,1	-0,2	0,0
Médicaments	-1,9	-0,1	-0,2	-0,8	-0,8	-0,7
Autres biens médicaux	-2,2	-0,4	-0,3	0,0	-1,6	0,2
Ensemble de la CSBM	-1,0	-0,2	-0,1	-0,2	-0,5	-0,5

Lecture • Entre 2011 et 2015, le reste à charge après assurance maladie obligatoire a diminué de 1,0 point, dont 0,2 point imputable au vieillissement de la population. Nota bene : pour les autres biens médicaux, l'effet résiduel est négatif, c'est-à-dire que le reste à charge diminue plus que la seule contribution des facteurs vieillissement et ALD. En revanche, les autres biens médicaux contribuent positivement à l'effet résiduel total, car le reste à charge sur ce poste croît plus vite que le reste à charge sur l'ensemble de la CSBM.

Source • CNAMTS, EGB ; DREES, comptes de la santé.

En revanche, le reste à charge global est tiré vers le haut par les autres biens médicaux, dont les consommations sont dynamiques et pour lesquels le taux de

remboursement moyen par l'assurance maladie obligatoire est faible (43 % de la dépense, contre 77 % pour l'ensemble de la CSBM).

Entre 2011 et 2015, la baisse du reste à charge après AMO bénéficie surtout aux ménages

Entre 2011 et 2015, le reste à charge (RAC) final des ménages après remboursement obligatoire de l'AMO et de l'assurance maladie complémentaire (AMC) a diminué de 0,8 point, soit une évolution proche du reste à charge après la seule AMO (-1,0 point).

À un niveau plus fin, les évolutions sont en fait très différenciées selon les postes : tandis que le RAC après AMO seule diminue pour tous les postes, le RAC final des ménages augmente pour les soins d'auxiliaires médicaux (+0,6 point), les transports (+0,7 point) et les médicaments

(+0,2 point) : la hausse de la prise en charge par l'AMO a été contrebalancée par une baisse plus importante de la prise en charge par l'AMC. En revanche, pour les soins dentaires et les autres biens médicaux, la baisse du RAC après AMO seule se double d'une plus forte diminution du RAC final des ménages (de respectivement 3,7 et 5,7 points), la prise en charge de l'AMC s'étant accrue.

La baisse du reste à charge final des ménages (après AMO et AMC) s'explique, pour 0,5 point, par l'augmentation de la part prise en charge par l'AMO, en raison des effets combinés du vieillissement et des ALD. Cette augmentation a eu un effet

non mesurable sur la part du financement par les organismes complémentaires. Au total, l'ensemble des autres facteurs influant sur les parts prises en charge par l'AMO et l'AMC contribuent à une diminution de 0,3 point du reste à charge final des ménages entre 2011 et 2015.

Par ailleurs, la légère baisse de la part de la dépense financée par les organismes complémentaires (-0,3 point) est allée de pair avec une augmentation de la part des dépenses de base et des dépenses complémentaires des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) gérés par leur caisse d'assurance maladie. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Beffy M., Roussel R., Solard J., Mikou M. et Ferretti C. (dir)**, 2016, *Les dépenses de santé en 2015 – Résultats des comptes de la santé*, 2016, DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- **Cusset P.-Y.**, 2017, « Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France », *Document de travail*, France stratégie, juin.
- **Dormont B.**, 2009, *Les dépenses de santé. Une augmentation salubre ?*, Cepremap, opuscule n° 15.
- **IGAS-IGF**, 2013, « Les coûts de gestion de l'assurance maladie », rapport, septembre.
- **Lagaserie (de) G., Jusot F., Wittwer J., Ricci-Renaud P., Gastaldi-Menager C., Mazars M., Rivière S., Fagot-Campagna A., Gissot C., Polton D.**, 2015, « Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire », *Les dépenses de santé en 2014*, DREES, septembre.
- **Meslé F.**, 2005, « Espérance de vie et mortalité aux âges élevés », *Retraite et société*, La documentation française/2, n° 45.
- **Polton D., Sermet C.**, 2006, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Institut de veille sanitaire, n° 05-06, février.
- **Prioux F., Barbieri M.**, 2012, « L'évolution démographique récente en France : une mortalité relativement faible aux grands âges », *Population*, INED, 2012/4, vol. 57.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

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

Directeur de la publication : Jean-Louis Lhéritier

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Laura Dherbecourt

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

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

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384