

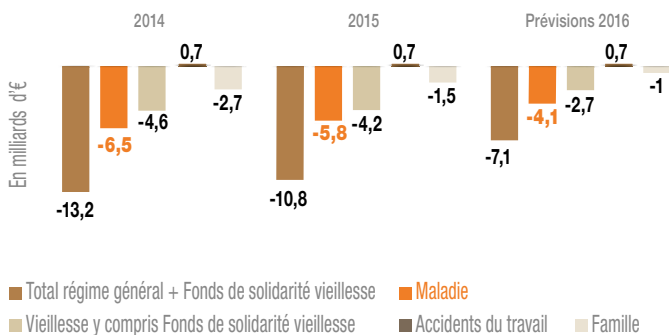
Les chiffres de la santé

LES DÉPENSES D'ASSURANCE SANTÉ

Edition 2017



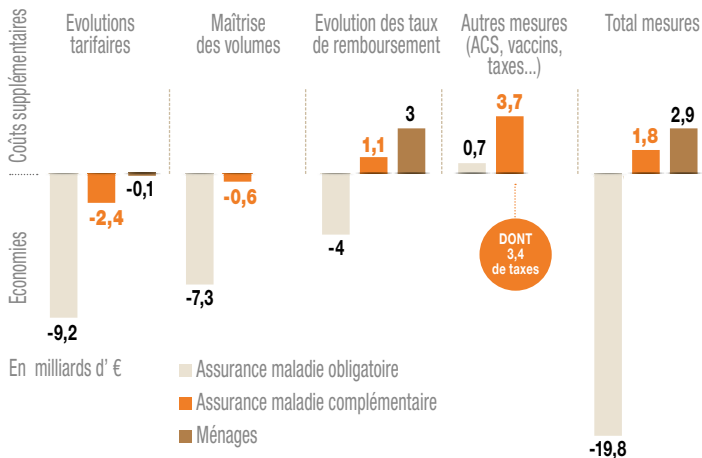
Le déficit du régime général



Le déficit du régime général continue à se réduire, comme celui de la branche maladie. Ce dernier s'élèverait à 4,1 Mds€ en 2016.

Sources : PLFSS 2017 - CCSS, septembre 2016.

Impact des mesures des pouvoirs publics de 2004 à 2016



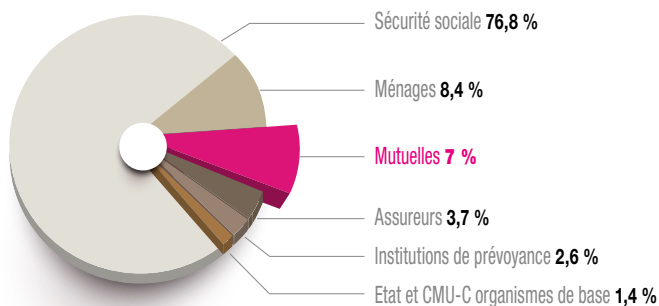
Entre 2004 et 2016, 1,8 Md € de coûts supplémentaires ont été transférés à la charge des complémentaires santé. Ces transferts se sont effectués majoritairement sur la période 2009-2012.

Source : FNMf à partir des données Uncam, Unocam, CnamTS, octobre 2016.

DÉPENSES DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

FINANCEMENT

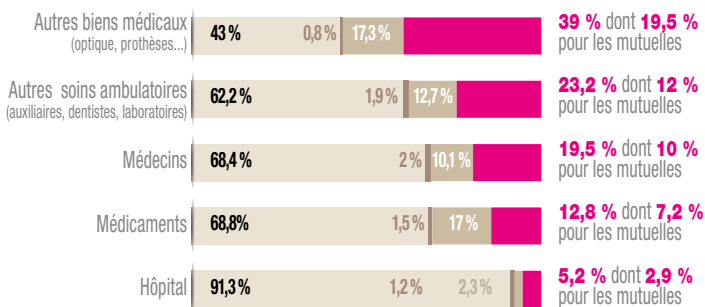
Répartition 2015 par financeur



En 2015, la dépense de soins et biens médicaux est évaluée à 194,6 Mds€, soit une moyenne d'environ 2 930 euros par habitant. Le financement des complémentaires santé s'élève à 26 Mds€ et enregistre une augmentation de 11 % depuis 2010.

Source : Drees (Comptes nationaux de la santé 2015, septembre 2016) / Calculs FNNF.

Répartition 2015 par poste et par financeur



■ Assurance maladie complémentaire
 ■ Sécurité sociale
■ Ménages
■ Etat et CMU-C organismes de base

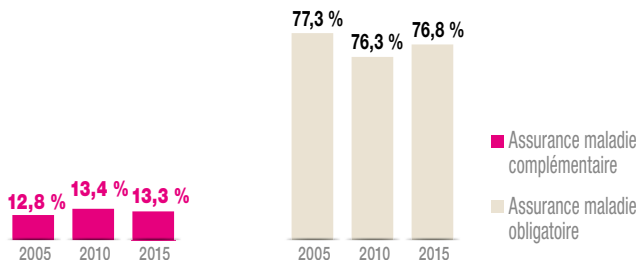
Les suppléments de dépenses hospitalières (chambre particulière, frais de long séjour...) et de prestations annexes aux soins (contraception, acupuncture...) ne sont pas comptabilisés dans les comptes nationaux de la santé. Leur montant — 1,6 Md € en 2015 — doit être ajouté à la part des complémentaires dans le financement des soins hospitaliers, médecins et médicaments.

Source : Drees (Comptes nationaux de la santé 2015, septembre 2016) / Calculs FNNF.

DÉPENSES DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

Part de financement

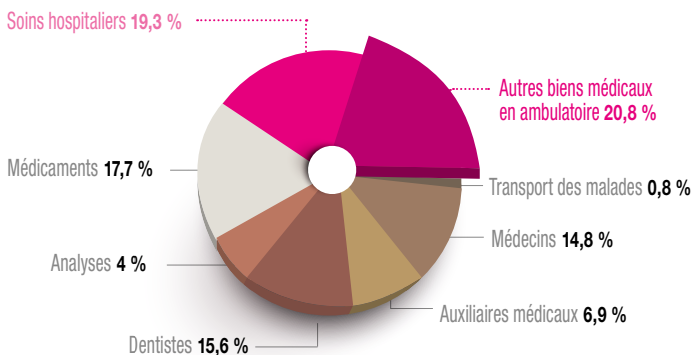
des complémentaires et de la Sécurité sociale



Entre 2005 et 2015, la part de la dépense de soins et de biens médicaux financée par la Sécurité sociale a baissé de 0,5 point. Celle des complémentaires a augmenté de 0,5 point.

Source : Drees (Comptes nationaux de la santé 2015, septembre 2016) / Calculs FNMF.

Répartition de la dépense des mutuelles en 2015



Le poids des dispositifs médicaux (20,8 % en 2015) et des soins hospitaliers (19,3 %) dans les prestations des mutuelles augmente significativement alors que celui des médicaments baisse au fil des ans (17,7 %).

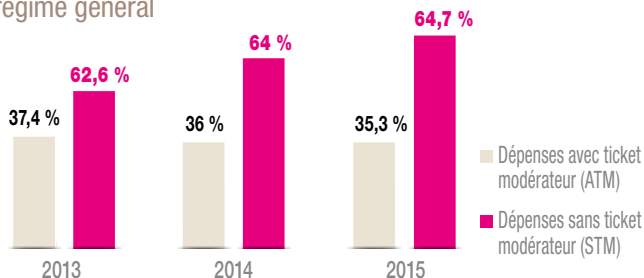
Source : Drees (Comptes nationaux de la santé 2015, septembre 2016) / Calculs FNMF.

DÉPENSES DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

EVOLUTION

Structure de la dépense de médecine de ville (hors IJ)

Dépenses AMO et forfaits médecin/Risque maladie du régime général

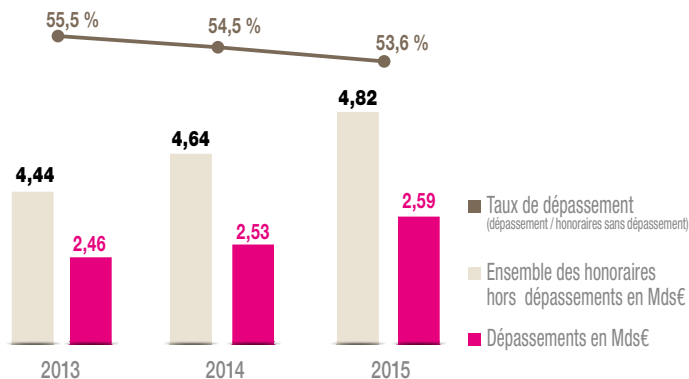


Le poids des dépenses sans ticket modérateur est en augmentation constante du fait notamment de l'accroissement des effectifs en ALD et de l'intégration de nouveaux compléments de rémunérations des médecins (rémunérations sur objectifs de santé publique, forfaits médecin traitant...).

Source : CnamTS / Calculs FNMF.

Evolution des honoraires et dépassements

des médecins de secteur 2 (généralistes et spécialistes)



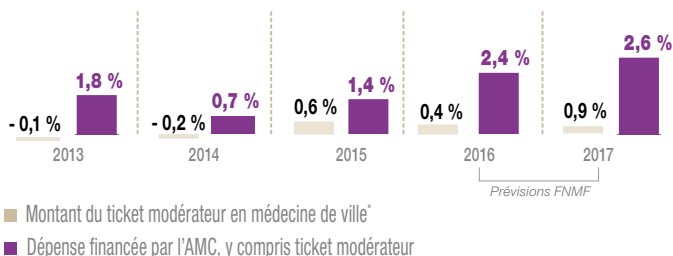
Le taux de dépassement des médecins de secteur 2 baisse en 2014 et 2015. Toutefois, ce taux reste élevé (53,6 %) et le montant des dépassements continue d'augmenter : il passe de 2,53 Mds € en 2014 à 2,59 Mds € en 2015.

En 2015, un patient a payé en moyenne 53,6% de plus que la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les médecins de secteur 2. Par exemple, une consultation avec une base de remboursement de 23€ est facturée en moyenne à 35,33€, avec un dépassement de 12,33 €.

Source : CnamTS (Sniiram) / IDS-SAD (Dépassements versant professionnels de santé) / Calculs FNMF.

COÛT DU RISQUE DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

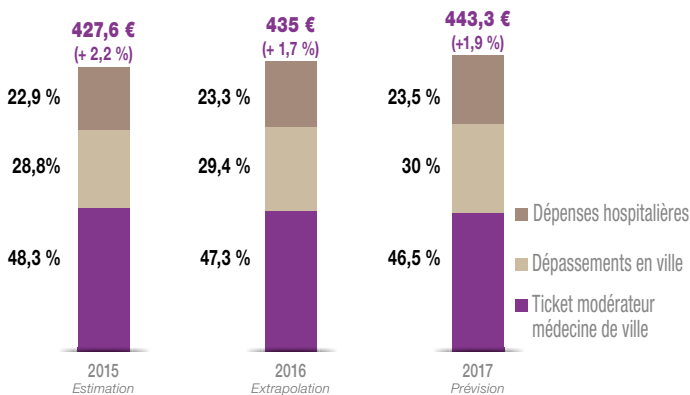
Evolution des montants pris en charge



Le montant des prestations pris en charge par l'assurance maladie complémentaire augmenterait de + 2,6 % en 2017 après prise en compte des mesures introduites dans la nouvelle convention médicale et du plan d'économies pour l'Ondam 2017.

* Dans le cas d'une prise en charge des médicaments remboursés à 15% par le RO.
 Sources : Drees (Comptes nationaux de la santé 2015, septembre 2016), FNMF (étude « coût du risque de l'assurance maladie complémentaire 2016-2017 », octobre 2016).

Evolution globale du coût par personne protégée*



En tenant compte de l'augmentation de 0,7 % de la population couverte, les prestations par personne protégée prises en charge par l'assurance maladie complémentaire devraient augmenter de + 1,9 % en 2017 après prise en compte des mesures inscrites au PLFSS 2017.

* Dans le cas d'une prise en charge des médicaments remboursés à 15% par le RO.
 Source : FNMF (étude « coût du risque de l'assurance maladie complémentaire 2016-2017 », octobre 2016).

RESTE À CHARGE DES PERSONNES EN ALD

(affections de longue durée)

Les dépenses prises en charge ou non

par le régime des ALD

Les ALD dites « exonérantes » peuvent faire l'objet d'une prise en charge à 100 % du tarif reconnu par la Sécurité sociale (hors dépassement) des soins et traitements liés à l'ALD.

Les règles de prises en charge :

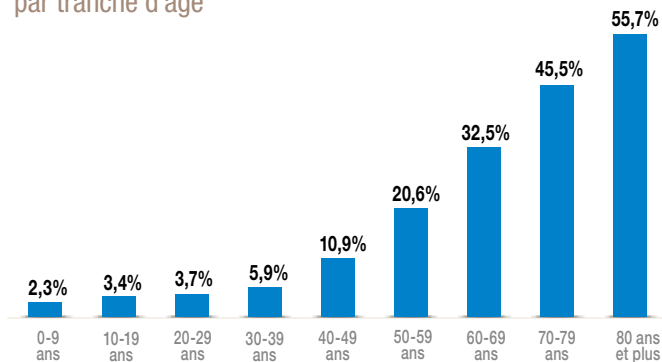
Pour les soins en rapport avec l'ALD : le patient ne paie ni le ticket modérateur, ni la participation forfaitaire de 18 euros. Il reste à sa charge les dépassements (des professionnels de santé ou des dispositifs médicaux), la participation forfaitaire de 1€, les franchises médicales, le forfait hospitalier et les produits de santé ou actes non remboursables par la Sécurité sociale.

Pour les soins hors rapport avec l'ALD : les soins dispensés sont remboursés aux taux habituels, comme toute personne en dehors du régime des ALD.

Source : ameli.fr

Proportion des personnes sous le régime des ALD

par tranche d'âge



Sur l'ensemble de la population affiliée au régime général, la proportion de personnes en ALD s'établit à 16,6 % en 2014.

La proportion de personnes en ALD augmente avec l'âge. Près d'un tiers des personnes ayant entre 60 et 69 ans ont une ou plusieurs ALD.

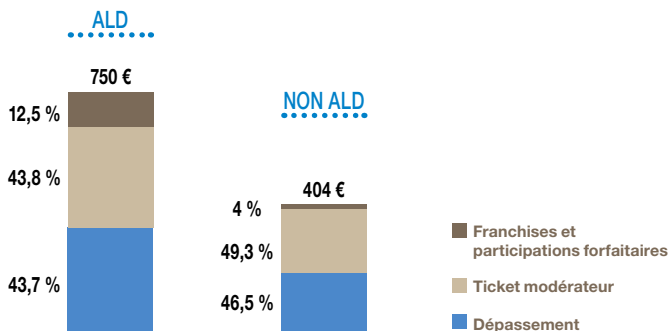
Source : EGB / Traitements FNMf.

RESTE À CHARGE DES PERSONNES EN ALD

(affections de longue durée)

Reste à charge

en euros par an et par personne

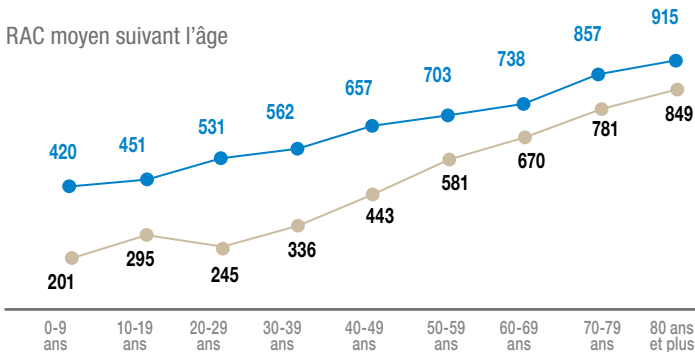


Un reste à charge élevé persiste malgré le dispositif des ALD. Estimé à 750 euros en moyenne en 2014, le reste à charge des personnes relevant du régime des ALD est 1,9 fois plus élevé que celui des personnes non ALD (404 euros).

Source : EGB / Traitements FNMF.

Reste à charge des patients par tranche d'âge

en euros par an et par personne



Quelle que soit la tranche d'âge, le reste à charge des patients en ALD est supérieur à celui des non ALD.

Source : EGB / Traitements FNMF.

Répartition du reste à charge moyen pour les personnes en ALD en 2014 (en euros)

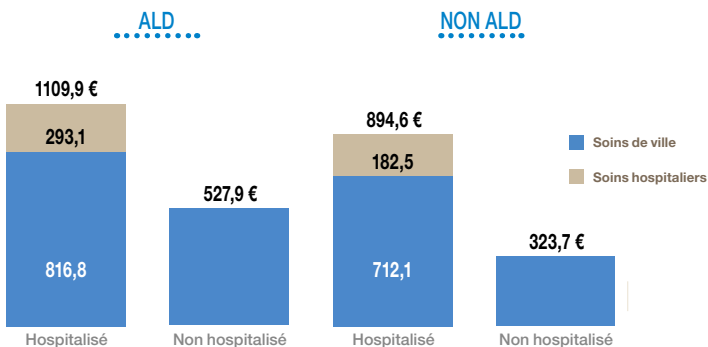
	ALD	NON ALD
Soins de ville	638	378
Autres soins de ville	4	2
Auxiliaires médicaux	39	24
Biologie	28	16
Honoraires médicaux	145	107
Honoraires dentaires	85	65
Dispositifs médicaux hors optique	72	20
Optique	100	74
Pharmacie	154	68
Transport	12	2
Soins hospitaliers	112	26
Secteur public	85	20
Secteur privé	27	5
TOTAL	750	404

Le reste à charge pour les personnes en ALD est particulièrement élevé pour les dépenses concernant la pharmacie, les dispositifs médicaux et les soins hospitaliers.

Source : EGB / Traitements FNMF.

Reste à charge avec ou sans hospitalisation

en euros par an et par personne



En cas d'hospitalisation, le reste à charge augmente fortement pour les personnes en ALD et non ALD, même si cette augmentation est proportionnellement moins forte pour les ALD.

Source : EGB / Traitements FNMF.

La Mutualité Française en chiffres

1^{er}
acteur

de complémentaire santé

Un poids économique

de **21,7***
milliards d'€

* Toutes mutuelles confondues.

2 600

services de soins et
d'accompagnement
mutualistes

650
mutuelles adhérentes*

* Mutuelles du Livre 1, 2 et 3
du code de la Mutualité.

35 millions
de personnes
protégées

85 000
collaborateurs

Définition

Biens médicaux : médicaments, optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés, petits matériels et pansements.

Dépense hospitalière (périmètre étude

Coût du risque de la FNMF) : relative aux honoraires, au forfait journalier et aux dépassements hospitaliers.

Dépense pré-engagée des ménages :

dépense dite « contrainte » désignant les dépenses que les ménages réalisent dans le cadre d'un contrat difficilement renégociable à court terme.

Dispositifs médicaux : biens médicaux hors médicaments.

Dépassements en ville (périmètre étude

Coût du risque de la FNMF) : relatifs aux dépassements des médecins, des dentistes, en optique, aux autres dispositifs médicaux.

Soins ambulatoires : soins des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires et cures thermales.

Glossaire

ALD : affection de longue durée.

AMC : assurance maladie complémentaire.

AMO : assurance maladie obligatoire.

ATM : avec ticket modérateur.

CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

CMU-C : couverture maladie universelle.

CnamTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

CSBM : consommation de soins et biens médicaux.

Drees : direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

EGB : échantillon généraliste des bénéficiaires.

FNMF : Fédération nationale de la Mutualité Française.

IDS : Institut des données de santé.

IJ : indemnités journalières.

PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique.

Sniiram : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie.

Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Unocam : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.