

Fiches



1.1 La Consommation de soins et biens médicaux

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux ont été revus. L'écart du niveau de la CSBM entre la base 2000 et la base 2005 est d'environ 5 milliards d'euros (cf. annexe 1). Les révisions principales portent sur les soins hospitaliers et de médecins, sur l'automédication et sur l'exclusion des SSAD désormais retracés avec les soins de longue durée aux personnes âgées.

En base 2005, la **Consommation de soins et biens médicaux** qui constitue l'agrégat essentiel des Comptes de la santé, est évaluée pour l'année 2010 à 175 milliards d'euros. Elle progresse de 2,3 % en valeur et de 2 % en volume, les prix augmentant de 0,3 % par rapport à 2009.

En 2010, la CSBM représente 9 % du PIB et 12,2 % de la consommation effective des ménages, ces deux agrégats ayant également été révisés à l'occasion du changement de base. La CSBM s'élève à 2 698 euros par habitant en 2010.

En base 2005, la part des soins hospitaliers est toujours prépondérante puisqu'elle représente 46,4 % de la CSBM en 2010. Viennent ensuite les soins de ville (hors produits de santé) avec 25,1 % de la CSBM, puis les médicaments avec 19,7 %. Les « autres biens médicaux » en représentent 6,6 % et les transports de malades seulement 2,2 %. Cette structure a légèrement évolué entre 2005 et 2010 : la part des médicaments a diminué tandis que celles des « autres biens médicaux » et des transports sanitaires augmentaient.

Si l'on considère la période 2000-2005 (selon les comptes de la base 2000), c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide : +6 % par an en moyenne. Les années 2005-2006 avaient ensuite connu un net ralentissement de la croissance des dépenses, sur un rythme

inférieur à 4 %. Après une évolution plus dynamique en 2007 (+4,3 %), le ralentissement est continu depuis 2008 et s'accroît en 2010, avec une croissance de 2,3 % seulement après +3,2 % en 2009 et +3,3 % en 2008. C'est le plus faible taux de croissance depuis 1996. Il est dû en partie à l'absence d'épisode grippal important en 2010, ceux-ci ayant atteint leur pic en décembre 2009 et en janvier 2011, ainsi qu'au ralentissement de la consommation de médicaments.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,2 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM en 2010, ce qui est lié à leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (0,4 point) à égalité avec les autres biens médicaux (0,4 point), les médicaments ayant une contribution de 0,2 point seulement.

En termes de volume, c'est la consommation de médicaments qui contribue le plus à la croissance en 2010 (+0,7 point) ainsi que les soins hospitaliers (+0,6 point). Mais là aussi, la contribution des soins de ville (+0,3 point) n'est pas plus élevée que celle des autres biens médicaux (+0,3 point) qui ont pourtant un poids nettement moindre dans la CSBM.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux est très faible en 2010 : +0,3 % comme en 2008 et 2009. Ce sont les progressions les plus faibles enregistrées depuis quinze ans.

En 2010, le prix des soins hospitaliers progresse de 1,3 % et celui des soins de ville de 0,5 %. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution : -2,2 % en 2010 après -2,6 % en 2009 et -2,3 % en 2008. La poursuite des mesures de baisse de prix et le poids croissant des génériques pèsent en effet de plus en plus sur le prix des spécialités pharmaceutiques (cf. annexe 3.5 sur le mode de calcul des prix des médicaments).

Définitions

Consommation de soins et biens médicaux : en base 2005, elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète),
- la consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Elle ne comprend ni les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées hébergées en établissements, ni la dépense de Services de soins à domicile (SSAD).

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », *Document de travail*, DREES, à paraître.

La Consommation de soins et biens médicaux 1.1

Consommation de soins et biens médicaux

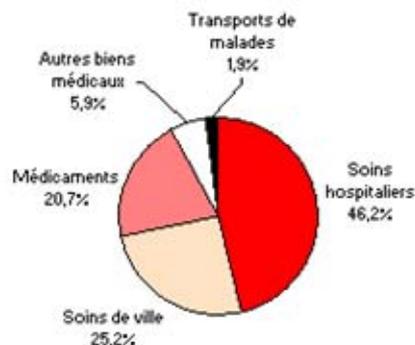
en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	115 121	151 208	157 294	163 970	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968
Soins hospitaliers	52 669	67 580	70 036	72 471	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204
Secteur public	40 802	52 431	54 264	56 001	52 774	54 618	56 482	58 187	60 256	61 750
Secteur privé	11 866	15 149	15 773	16 470	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454
Soins de ville	31 223	40 907	42 785	45 003	37 372	38 822	40 739	42 066	43 191	43 953
Médecins	15 191	19 068	19 861	20 823	16 485	17 075	17 840	18 236	18 534	18 408
Auxiliaires médicaux	6 294	8 853	9 453	10 248	8 071	8 553	9 273	9 856	10 437	11 009
Dentistes	6 668	8 721	9 079	9 395	8 740	9 016	9 315	9 558	9 715	9 947
Analyses de laboratoires	2 795	3 974	4 102	4 233	3 769	3 869	3 993	4 099	4 188	4 261
Cures thermales	275	290	290	304	307	309	319	317	317	328
Médicaments	23 631	31 466	32 421	33 637	30 688	31 491	32 696	33 393	34 075	34 449
Autres biens médicaux*	5 713	8 433	8 968	9 624	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 578
Transports de malades	1 886	2 823	3 083	3 235	2 816	3 053	3 231	3 377	3 595	3 784
Evolution Valeur	4,8	4,4	4,0	4,2	3,8	4,3	3,3	3,2	2,3	
de la CSBM Prix	1,1	1,3	0,7	0,8	0,5	0,9	0,3	0,3	0,3	
(en %) Volume	3,7	3,1	3,3	3,4	3,3	3,4	3,0	2,8	2,0	

* Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), petits matériels et pansements.

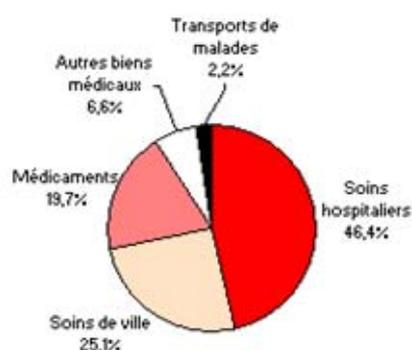
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 2005



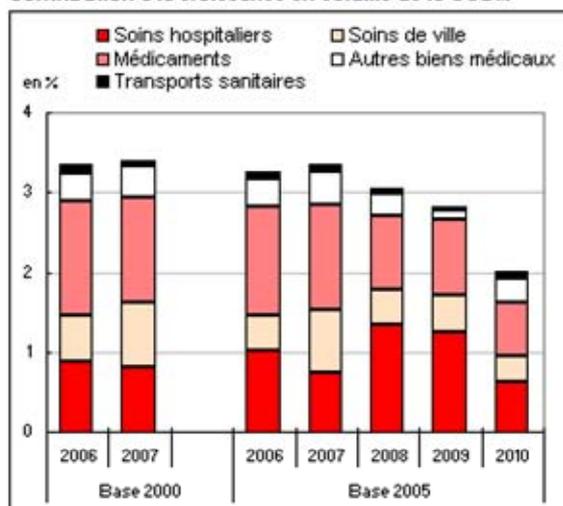
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la CSBM en 2010



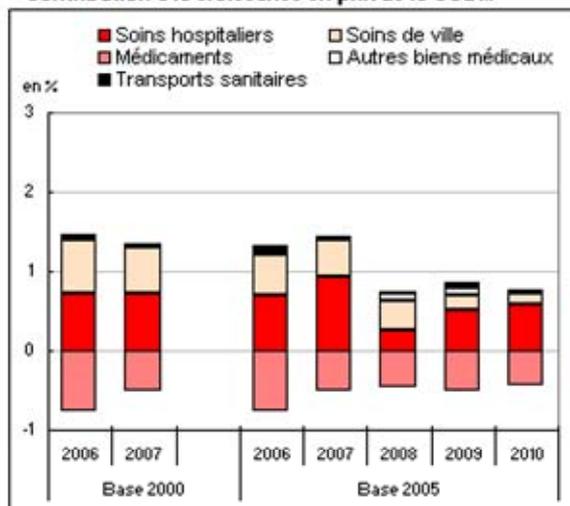
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Contribution à la croissance en volume de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Contribution à la croissance en prix de la CSBM



Sources : DREES, Comptes de la santé.

1.2 La consommation de soins hospitaliers

En base 2005, le contour des soins hospitaliers est modifié. L'approche « Lieu d'exécution des soins » est privilégiée pour la construction des Comptes de la santé. Les soins hospitaliers comprennent les consultations externes des hôpitaux publics, ainsi que la totalité des honoraires perçus en établissement privé.

Avec 81,2 milliards d'euros en 2010, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 2,6 % en valeur et 1,4 % en volume en 2010 : +2,5 % en valeur et +1,0 % en volume dans le **secteur public**, +3,1 % en valeur et +2,6 % en volume dans le **secteur privé**. Notons qu'en base 2005, le secteur privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les médecins libéraux exerçant dans le secteur privé, dans une logique de lieu d'exécution, ce qui n'était pas le cas en base 2000 (encadré).

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 61,8 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée, exclues du champ de la santé en comptabilité nationale. Par convention, la consommation de soins du secteur public (secteur non marchand de la santé au sens de la comptabilité nationale) est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaires, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe...) diminuée des ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, supplément chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

Cette consommation progresse de 2,5 % en valeur, soit 1,1 point de moins qu'en 2009

Définitions

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé participant au service public hospitalier (PSPH) et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral (dits ex PJP) ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour la dotation globale (également à but non lucratif) ; depuis 2004, ils sont financés par diverses dotations et par la T2A (tarification à l'activité) versées par les régimes de Sécurité sociale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel (à but non lucratif non PSPH) ; depuis 2004, ils sont eux aussi financés par diverses dotations et par la T2A.

Frais de séjour : tarification à l'activité, médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus des GHS, forfaits annuels, forfaits journaliers.

Pour en savoir plus

Éclairage sur les Comptes des hôpitaux publics, p. 163 et annexe 3, p. 264.

(+3,6 %). Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000, principalement en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance des prix de la consommation dans le secteur hospitalier public s'établit en effet à 1,5 % en 2010 et celle des volumes à 1,0 %.

Dans les Comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est estimé pour les comptes provisoire et semi-définitif à partir de l'évolution des coûts des facteurs de production et non à partir de l'évolution de l'activité. Pour le compte définitif en revanche, un indice de volume de l'activité est directement estimé à partir d'un certain nombre d'indices de quantité, par la méthode dite de l'output (cf. annexe 3.2).

Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2009 à 19,5 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des praticiens et auxiliaires libéraux perçus en établissement privé ainsi que les analyses médicales effectuées sur ce lieu d'exécution. Sa croissance en valeur ralentit par rapport à 2009 : +3,1 % en 2010 après +4,7 % en 2009.

À la différence du secteur public, l'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). En 2010, l'évolution des prix (+0,5 %) reflète l'augmentation des prix des **séjours** (+0,6 %) et celle des honoraires des praticiens et des analyses (+0,3 %) ; le rythme de croissance des prix reste stable par rapport à celui de l'année 2009. La croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix ; elle est de +2,6 % en 2010, contre +4,1 % en 2009.

La consommation de soins hospitaliers 1.2

Consommation de soins hospitaliers

en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005						
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Ensemble	52 669	67 580	70 036	72 471	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204	
Evolution	Valeur	2,6	5,0	3,6	3,5		3,7	3,6	3,5	3,8	2,6
(en %)	Prix	2,1	2,4	1,6	1,6		1,5	2,0	0,5	1,1	1,3
	Volume	0,5	2,5	2,0	1,8		2,2	1,6	2,9	2,7	1,4
Secteur public *	40 802	52 431	54 264	56 001	52 774	54 618	56 482	58 187	60 256	61 750	
Evolution	Valeur	3,1	4,6	3,5	3,2		3,5	3,4	3,0	3,6	2,5
(en %)	Prix (input-output)	2,6	2,3	1,8	1,9		1,8	2,1	0,4	1,3	1,5
	Volume	0,5	2,3	1,7	1,3		1,7	1,3	2,6	2,2	1,0
Secteur privé **	11 866	15 149	15 773	16 470	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454	
Evolution	Valeur	1,1	6,0	4,1	4,4		4,6	4,4	5,0	4,7	3,1
(en %)	Prix (tarif)	0,5	2,7	1,0	0,7		0,6	1,6	1,0	0,5	0,5
	Volume	0,6	3,2	3,1	3,7		4,0	2,8	3,9	4,1	2,6

* y compris consultations externes en base 2005, non compris en base 2000.

** base 2000 : honoraires en hospitalisation complète uniquement.

** base 2005 : ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée.

Note sur les prix : prix du secteur public = indice output pour 2006-2008, indice input (coût des facteurs) pour 2009-2010.

prix du secteur privé = indice de tarif (comprenant aussi l'évolution du forfait journalier).

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Dans le rapport de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée, l'ATIH présente l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie afférentes aux établissements de santé.

Les dépenses de l'assurance maladie afférentes aux établissements de santé en 2010 (en milliards d'euros)

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total
ODMCO (1)	34,97	9,90	44,87
MIGAC	7,72	0,08	7,80
ODAM (2)	15,31	0,001	15,31
OGN psy-ssr (3)		2,35	2,35
Total	58,00	12,33	70,33
Autres (4)	n.d.	n.d.	n.d.

total ONDAM hospitalier 70,8

(1) activité (y compris dialyse et HAD), médicaments et DMI en sus, forfaits annuels.

(2) pour hôpitaux publics : hôpitaux locaux, USLD, psychiatrie, SSR. Pour les hôpitaux privés : USLD.

(3) pour hôpitaux privés uniquement.

(4) pour hôpitaux publics et privés : FMESPP, conventions internationales, établissements hors territoire.

Sources : rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, rapport CCSS, juin 2011.

Les Comptes de la santé retracent quant à eux la consommation totale de soins hospitaliers, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et non les seules dépenses remboursées par l'Assurance maladie. Sont ainsi comptabilisées dans les Comptes de la santé les dépenses prises en charge par l'État, le Fonds CMU, les organismes complémentaires et les ménages, ainsi que les dépenses des hôpitaux publics non financées (déficit). Dans les Comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur public ne comprennent pas les dépenses des USLD. En base 2005, les soins du secteur privé comme du public incluent l'ensemble des honoraires des professionnels de santé perçus dans les établissements.

Au total, en 2010, les Comptes de la santé évaluent les dépenses de soins hospitaliers remboursées par l'Assurance maladie à 73,8 milliards d'euros (cf. fiche 4.2), dont 57,0 milliards pour le secteur public et 16,8 milliards pour le secteur privé.

L'activité de MCO représente 63 % de la dépense remboursée par l'Assurance maladie. Pour le secteur public, les dépenses relatives à l'activité MCO ont augmenté de 2,7 % selon l'ATIH en 2010, tandis que l'évolution de ces mêmes dépenses dans le secteur privé était de 2,2 %.

1.3 L'offre hospitalière

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale ou hors DG) et non sur leur statut juridique (cf. fiche 1.2).

En revanche, l'enquête **SAE**, qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique. Au 31 décembre 2009, on dénombre 2 751 **établissements** disposant de capacités d'accueil :

- 966 établissements publics ;
- 734 établissements privés d'intérêt collectif ;
- 1 051 établissements privés à but lucratif.

En court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent nettement en 2009 par rapport à 2008 (+6,1 %), alors qu'elles se stabilisent en hospitalisation complète.

En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent légèrement depuis 2003. En 2009, la hausse est de 1,0 %. Si le recours à l'hospitalisation partielle en psychiatrie est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structures dans les cliniques privées est récente mais n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En hospitalisation complète, les capacités restent stables (-0,3 %).

En **SSR**, le nombre de lits continue à croître dans l'ensemble des établissements : +1,1 % en 2009 après une hausse de 1,8 % en 2008. La hausse est en particulier due au plan Cancer 2003-2007 qui prévoyait la mise en place de 15 000 lits en 5 ans. Les places d'hospitalisation partielle croissent elles aussi

fortement : +4,2 % en 2009 après +7,4 % en 2008.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil reculent nettement en 2009 (-22,4 %), notamment à l'hôpital public et dans le secteur privé à but non lucratif, du fait de la transformation des unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de leur sortie du champ sanitaire (cf. fiche 2.2).

En 2009, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé s'établit à un peu plus de 177 000, en hausse de 2,5 % par rapport à 2008. La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs. Le nombre de médecins libéraux augmente dans les cliniques privées mais diminue dans les établissements publics et privés à but non lucratif, dans lesquels exercent 14,2 % des libéraux. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive, à temps plein ou non, au sein d'un établissement ou de façon non exclusive. Dans le secteur public, qui concentre les deux tiers des emplois médicaux, les effectifs des médecins salariés continuent de croître en 2009 : +1,6 % en équivalents temps plein (ETP).

En 2009, le **personnel non médical** (titulaires de la Fonction publique hospitalière, CDI et CDD) représente un million d'équivalents temps plein, soit une augmentation de 0,9 % par rapport à 2008. Les trois quarts des ETP non médicaux sont employés dans les hôpitaux publics (830 000 ETP fin 2009), le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

Définitions

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Établissement de santé : dans le secteur public, l'interrogation se fait au niveau des entités juridiques et dans le secteur privé, au niveau des établissements géographiques.

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique ; **SSR** : Soins de suite et de réadaptation.

Emplois médicaux : médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et les faisant fonction d'interne (FFI).

Personnel soignant : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs et psychologues.

Pour en savoir plus

DREES, *Le Panorama des établissements de santé – édition 2011*, collection « Études et statistiques », à paraître.

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 144, DREES, mai 2010.

« Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », A. Fizzala, *Études et résultats*, n° 605, DREES, octobre 2007.

L'offre hospitalière 1.3

Capacité des établissements hospitaliers

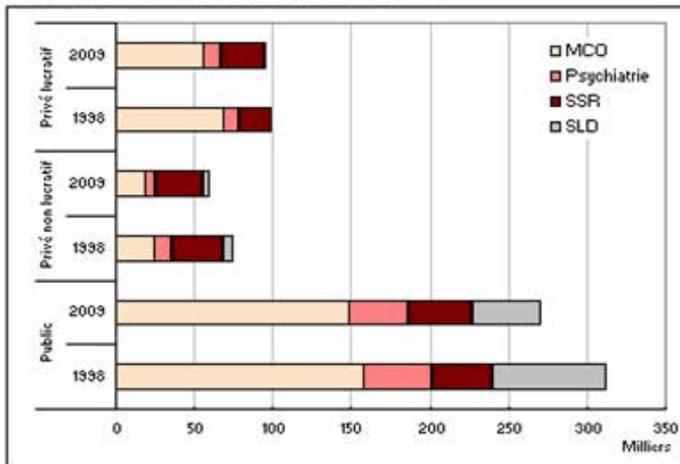
au 31 décembre 2009

	MCO (courte durée)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	TOTAL	Part en %
Hospitalisation complète (en lits)	223 224	56 947	99 095	47 966	427 232	100,0
Secteur public	148 558	38 191	40 888	43 420	271 057	63,4
Secteur privé à but non lucratif	18 529	7 378	30 161	3 647	59 715	14,0
Secteur privé à but lucratif	56 137	11 378	28 046	899	96 460	22,6
Hospitalisation partielle (en places)	24 747	27 983	7 816		60 546	100,0
Secteur public	11 895	22 304	2 102		36 301	60,0
Secteur privé à but non lucratif	2 420	5 024	3 598		11 042	18,2
Secteur privé à but lucratif	10 432	655	2 116		13 203	21,8

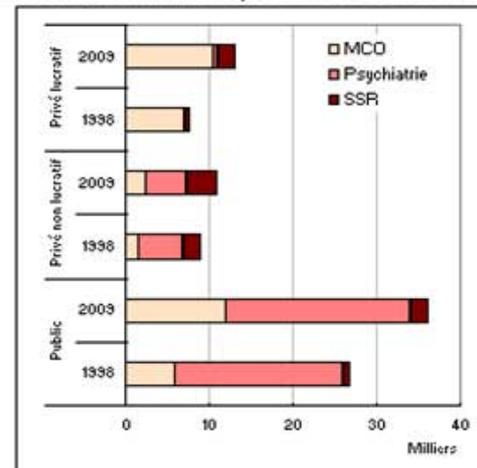
Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2009, données statistiques.

Évolution du nombre de lits entre 1998 et 2009



Évolution du nombre de places entre 1998 et 2009

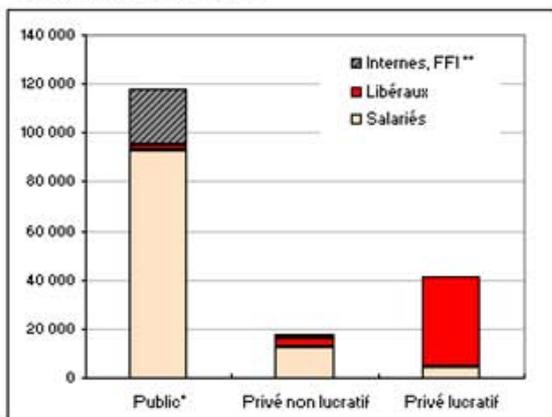


NB : pour l'année 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 1998 et 2009, données statistiques.

Personnel médical en 2009



* Pas de libéraux dans le secteur public sauf dans les hôpitaux locaux.

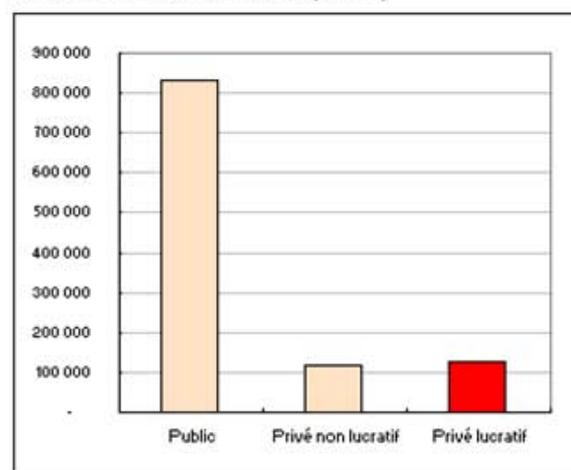
** FF1 : faisant fonction d'interne.

NB : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2009, données statistiques.

Personnel non médical en 2009 (en ETP)



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : DREES, SAE 2009, données statistiques.

1.4 La consommation de soins de médecins

En base 2005, avec l'optique « Lieu d'exécution des soins » retenue pour la construction des Comptes de la santé, les soins de médecins isolés dans la CSBM correspondent aux seuls soins des médecins de ville : ils ne comprennent ni les consultations externes des hôpitaux publics, ni les honoraires perçus en établissement privé (que ce soit pour une hospitalisation complète ou pour un autre motif) ; ils comprennent en revanche les actes d'anatomocytologie qui étaient classés avec les analyses en base 2000. Au total, ces soins diminuent de plus de 3 milliards en 2009 par rapport au niveau de la base 2000.

En base 2005, la consommation de **soins de médecins de ville** (cabinets libéraux et dispensaires) est évaluée à 18,4 milliards d'euros. Pour la première fois depuis quinze ans, elle recule de 0,7 % en valeur par rapport à l'année précédente, et ce après deux années de très faible hausse : +1,6 % en 2009 et +2,2 % en 2008. Ce net ralentissement des dépenses en 2010 est dû essentiellement à l'absence de grippe (les pics des épisodes de grippe se sont en effet produits en décembre 2009 et en janvier 2011, épargnant ainsi l'année 2010).

Ainsi, bien que persistent des facteurs de croissance des volumes tels que :

- l'augmentation du nombre global des actes techniques, notamment d'IRM et de scanners (qui connaissent une croissance supérieure à 10 % par an depuis 2005) ;
- une déformation de la structure avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes,
- l'évolution de la part des dépassements dans les honoraires (le montant moyen des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer ayant progressé ces dernières années notamment chez les spécialistes où leur part est passée de 11 % en 1999 à 17 % en 2010), l'absence de grippe en 2010 a entraîné une

Définitions

Soins de médecins : dans les Comptes de la santé, ils comprennent les consultations externes des hôpitaux mais excluent les honoraires des médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète.

CCAM : classification commune des actes médicaux, qui a remplacé en 2005 la Nomenclature générale des activités professionnelles basée sur les lettres-clés, et revalorisé certains actes.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée après signature d'un Contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant la prise en compte le temps passé pour accompagner les patients en ALD.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », fiche 10-5, « Honoraires et revenus des médecins au titre d'une activité libérale.

« Les médecins exerçant en secteur 2 », *Point d'information*, CNAMTS, mai 2011.

« Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », V. Bellamy, *Études et Résultats*, n° 735, DREES, juillet 2010.

diminution des dépenses de soins de médecins, en particulier pour les généralistes.

L'absence de revalorisation tarifaire a aussi contribué à cette évolution. L'augmentation du prix des soins de médecins reste en effet faible pour la troisième année consécutive : +0,3 % en 2010 après +0,2 % en 2009 et +1,5 % en 2008. Cette évolution fait suite à deux années de forte croissance des prix, 2006 et 2007, au cours desquelles plusieurs effets s'étaient cumulés :

- la création en 2005 de la **CCAM**, ce changement de nomenclature s'étant traduit par des hausses de tarifs ;
- la revalorisation des honoraires des omnipraticiens en août 2006 puis en juillet 2007 ;
- le développement de la part des forfaits dans la rémunération des médecins.

La progression des prix en 2008 (+1,5 %) s'expliquait par l'effet en année pleine de la revalorisation de la consultation de généraliste en juillet 2007.

En 2009-2010, restent comme seuls facteurs de hausse la progression des forfaits **CAPI** pour les généralistes et celle des dépassements pour les spécialistes.

L'évolution du total des honoraires moyens hors dépassements des médecins en activité complète et exclusivement libérale s'est ralentie depuis 2008, pour les généralistes comme pour les spécialistes. Le taux d'évolution des honoraires hors dépassements des omnipraticiens recule même en 2010 de 1,8 % ; de même, celui des médecins spécialistes a ralenti, passant de +3,4 % en 2007 à +2,4 % en 2010.

On observe en revanche une reprise de la hausse des dépassements des médecins exerçant en secteur 2 : +3,9 % en 2010 après + 5,3 % en 2009.

La consommation de soins de médecins 1.4

Consommation de soins de médecins

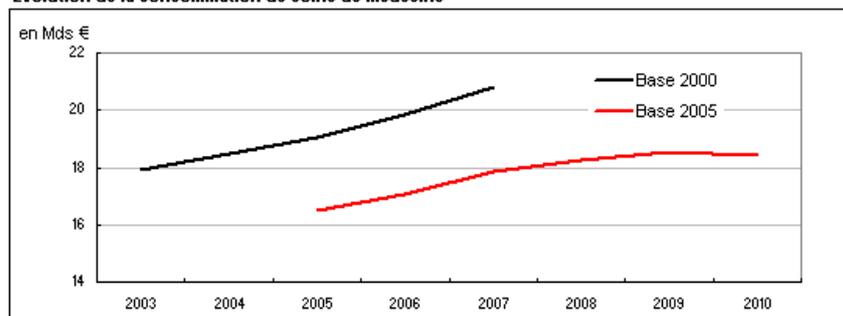
	Base 2000 *				Base 2005 **					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation (en millions €)	15 191	19 068	19 861	20 823	16 485	17 075	17 840	18 236	18 534	18 408
Évolution (en %) Valeur	4,8	3,2	4,2	4,8	3,0	3,6	4,5	2,2	1,6	-0,7
Prix	0,6	2,7	4,6	3,4	2,4	3,8	3,0	1,5	0,2	0,3
Volume	4,1	0,5	-0,4	1,4	0,5	-0,2	1,4	0,7	1,4	-1,0

* y compris consultations externes, hors honoraires en hospitalisation privée complète (HHP).

** hors consultations externes, hors tous honoraires perçus en établissements privés, y compris actes d'anatomo-cytopathologie.

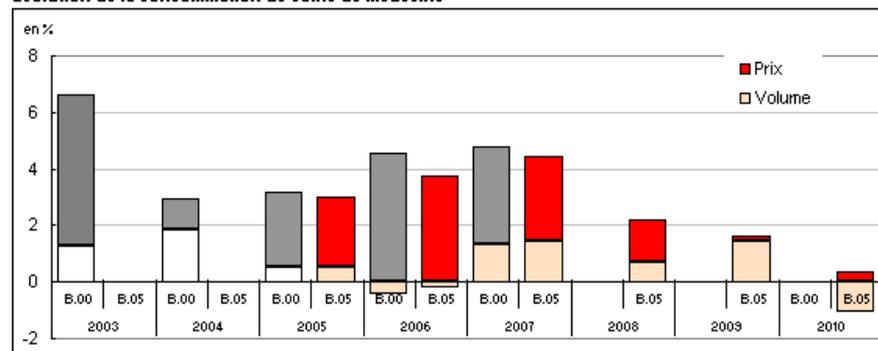
Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Évolution de la consommation de soins de médecins



Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Évolution de la consommation de soins de médecins



Sources : DREES, Comptes de la Santé.

Part des dépassements dans les honoraires des médecins libéraux *

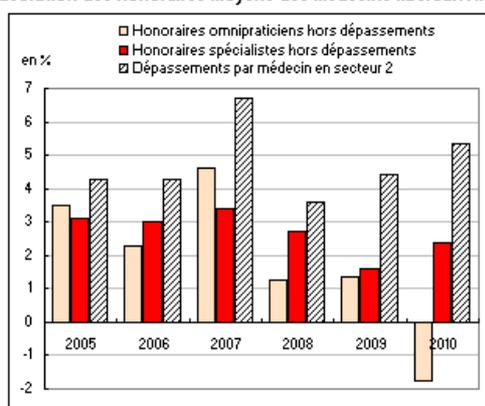
	2006	2007	2008	2009	2010
Généralistes					
Honoraires totaux (millions €/an)	7 647	8 004	8 097	8 190	8 004
Évolution en %		4,7	1,2	1,1	-2,3
Dépassements (millions €/an)	364	362	367	358	343
Évolution en %		-0,4	1,3	-2,4	-4,1
Part des dépassements (en %)	4,8	4,5	4,5	4,4	4,3
Spécialistes					
Honoraires totaux (millions €/an)	11 709	12 114	12 450	12 632	12 883
Évolution en %		3,5	2,8	1,5	2,0
Dépassements (millions €/an)	1 753	1 884	1 961	2 065	2 144
Évolution en %		7,5	4,1	5,3	3,9
Part des dépassements (en %)	15,0	15,6	15,8	16,3	16,6

* Honoraires remboursables des médecins libéraux (France métropolitaine).

Champ : honoraires des médecins y compris honoraires perçus lors d'une hospitalisation en clinique privée.

Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

Évolution des honoraires moyens des médecins libéraux APE *



* APE : activité à part entière

Sources : CNAMTS - SNIR, traitement DREES.

1.5 Les effectifs de médecins

Au 1^{er} janvier 2011, on compte plus de 208 700 médecins en France métropolitaine et 4 700 dans les DOM dans le répertoire **ADELI**. En métropole, les médecins libéraux et mixtes (au nombre de 122 800) représentent 58,8 % de l'ensemble des médecins. Ce pourcentage a légèrement diminué entre 2000 et 2011, passant de 60,3 % à 58,8 %.

Entre 2000 et 2011, dans le **SNIR**, la part des effectifs d'omnipraticiens dans l'ensemble des médecins libéraux a très peu varié, passant de 53,3 % à 52,7 %.

En 2011, parmi les médecins de secteur 1 (conventionnés), le nombre d'omnipraticiens diminue (-0,1 %) pour la première fois depuis 2006 ; celui des spécialistes recule de 0,6 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002. En secteur 2 (honoraires libres), les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 3,6 % des effectifs, qui s'accroît au fil des ans (-2 % en 2006) ; le nombre des spécialistes progresse encore (+1,2 % en 2011), mais à un rythme toujours décroissant depuis 2005. La part des généralistes exerçant en secteur 2 est de 11 % en 2011 alors qu'elle atteint 41 % chez les spécialistes. Au total, un médecin sur quatre pratique des dépassements, soit une proportion identique à celle observée en 2000. Seuls les anciens chefs de clinique ou assistants des hôpitaux peuvent choisir le secteur 2. Ils ne bénéficient alors pas de la prise en charge par la Sécurité sociale des deux tiers de leurs charges sociales ; cet avantage est réservé aux praticiens du secteur 1 qui appliquent les tarifs conventionnels. Cela explique en partie les honoraires plus élevés des médecins du secteur 2.

Au 1^{er} janvier 2011, la densité moyenne de praticiens par rapport à la population est de 334 médecins pour 100 000 habitants en métropole (255 dans les DOM), contre 339 en 2010. Elle est maximale en région PACA avec 411 médecins pour 100 000 habitants, puis en Île-de-France (408). La densité de médecins est plus élevée dans tout le sud de la France

qu'elle ne l'est dans les régions du nord et du centre. La structure de l'offre est en outre très variable selon les régions : en Île-de-France, on compte 58 % de spécialistes pour 42 % d'omnipraticiens en 2011, tandis qu'en Nord-Pas-de-Calais, les proportions s'inversent avec 46 % de spécialistes et 54 % d'omnipraticiens. Les villes ont également des densités plus fortes que les communes rurales : la densité de médecins dépasse 500 pour 100 000 dans les grandes agglomérations et descend au-dessous de 200 dans les communes de moins de 5 000 habitants

La profession se féminise de plus en plus : les femmes représentent le quart des praticiens de 60 ans et plus, mais 57 % des praticiens de moins de 40 ans. Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie (à 89 %), endocrinologie, dermatologie, pédiatrie, ou génétique (à plus de 60 %) par exemple. Et si trois chirurgiens sur quatre sont des hommes en 2011, le nombre de femmes chirurgiens augmente fortement dans les jeunes générations : 39 % des chirurgiens de moins de 35 ans sont des femmes. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent le tiers des médecins libéraux, mais la moitié des médecins salariés.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2009. Toutefois, en raison du fort abaissement du *numerus clausus* intervenu dans les années 80-90, le nombre de médecins devrait maintenant diminuer et ce jusqu'en 2019. Il devrait croître à nouveau à partir de 2020, sous l'hypothèse de comportements d'activité constants et d'un *numerus clausus* progressivement porté à 8 000 (contre 8 500 en 1971 et 3 500 en 1993) et maintenu à ce niveau jusqu'en 2020. À l'horizon 2030, la France métropolitaine compterait ainsi presque autant de médecins qu'aujourd'hui. Mais si le *numerus clausus* était maintenu à 7 400, son niveau observé en 2009 et 2010, l'effectif de médecins serait inférieur en 2030 de 4,6 % à celui observé en 2006.

Définitions

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée). À champ comparable, ADELI recense 118 000 médecins libéraux contre 116 000 dans le SNIR.

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

Pour en savoir plus

« Les médecins : estimation au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 157, DREES, juin 2011.

« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février 2009.

Les effectifs de médecins 1.5

Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine)

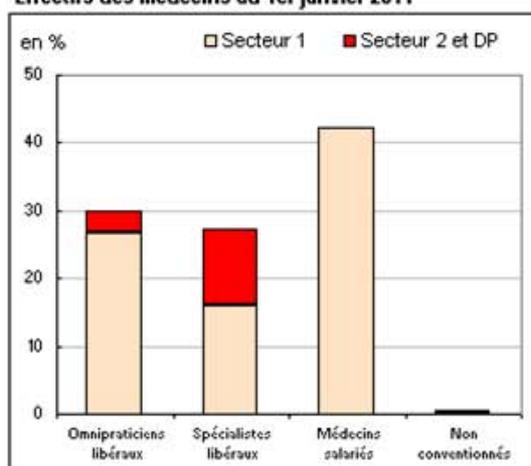
au 1er janvier

SNIR	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2011/2010
Omnipraticiens libéraux	60 823	60 975	61 224	61 294	61 359	61 315	60 974	-0,6%
Secteur 1	51 640	52 602	52 994	53 289	53 562	53 734	53 662	-0,1%
Secteur 2	8 536	7 552	7 404	7 196	7 010	6 798	6 556	-3,6%
DP *	58	28	28	24	24	21	16	-23,8%
Non conventionnés	589	793	798	785	763	762	740	-2,9%
Spécialistes libéraux	53 171	53 651	54 061	54 315	54 464	54 663	54 701	0,1%
Secteur 1	33 164	32 597	32 631	32 503	32 303	32 156	31 951	-0,6%
Secteur 2	18 744	20 387	20 821	21 262	21 657	22 047	22 322	1,2%
DP *	1 184	539	476	411	360	316	272	-13,9%
Non conventionnés	79	128	133	139	144	144	156	8,3%
ADELI	2000	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2011/2010
Médecins libéraux et mixtes	117 041	121 634	122 103	122 145	122 496	122 778	122 791	0,0%
Médecins salariés	76 959	85 643	86 088	86 104	86 647	84 679	85 936	1,5%
dont salariés hospitaliers	55 457	61 797	62 850	63 628	63 580	60 697	62 014	2,2%
Ensemble	194 000	207 277	208 191	208 249	209 143	207 457	208 727	0,6%

* DP : droit permanent à dépassement ; dispositif supprimé en 1980 et remplacé depuis par le secteur 2.

Sources : CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux ; DREES, ADELI pour l'ensemble.

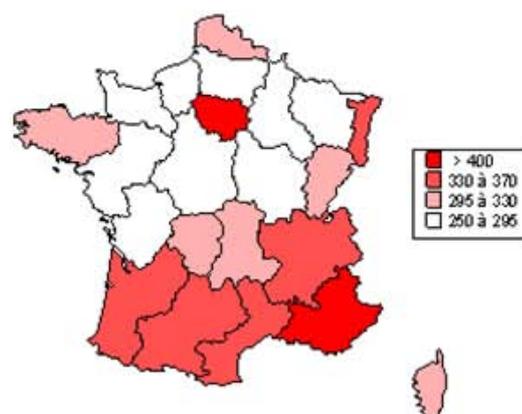
Effectifs des médecins au 1er janvier 2011



Sources : CNAMTS, SNIR France métropolitaine, traitement DREES.

Densité de médecins par région, au 1er janvier 2011

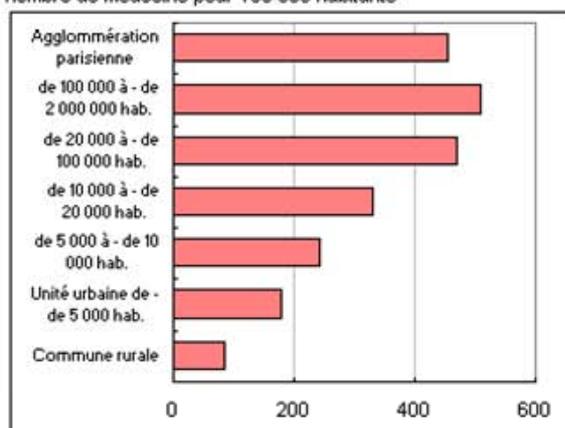
nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : ADELI, DREES.

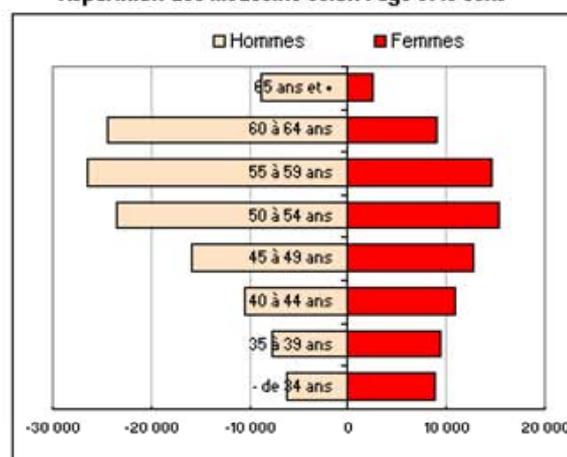
Répartition des médecins selon la taille d'unité urbaine

nombre de médecins pour 100 000 habitants



Sources : ADELI, DREES.

Répartition des médecins selon l'âge et le sexe



Sources : ADELI, DREES.

1.6 Les chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 9,9 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 2,4 % en valeur par rapport à 2009, et de 1,2 % en volume. La croissance de ce poste ralentit depuis 2007, après la forte hausse de 2006. Le prix des soins dentaires progresse de 1,2 % en 2010, comme en 2009.

Entre 2006 et 2008, les honoraires totaux progressaient sur un rythme annuel de 2 à 3 %. Après un fléchissement en 2009, la hausse est à nouveau de 2,6 % en 2010. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle a dépassé les 50 % en 2009 et atteint 51,9 % en 2010. A titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues est de 45 % contre 17 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les soins conservateurs ne sont pas facturés en dépassement ; les dépassements en soins dentaires sont concentrés sur les prothèses dentaires (SPR) et sur les actes d'orthodontie (TO). Constituant 12 % de l'activité, les SPR ont représenté 58 % des honoraires totaux en 2008.

Au 1^{er} janvier 2011, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux dans le **SNIR** est de 36 100 en métropole, en léger recul pour la quatrième année consécutive. De même, la croissance du nombre total des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés (40 900 dans le répertoire **ADELI**) se tasse par rapport aux années précédentes. Le ralentissement de la croissance démographique ainsi que le vieillissement marqué de la profession (dont l'âge moyen est passé de 42 ans en 1990 à 48 ans fin 2010) sont consécutifs à la mise en place du numérus clausus institué en 1971, qui

a fortement réduit le nombre de places pour les étudiants entre 1985 et 1995.

Plus de 90 % des chirurgiens-dentistes exercent en cabinet individuel ou en tant qu'associés : la profession demeure donc très majoritairement libérale. Parmi ceux-ci, 99 % sont conventionnés.

Avec 39 % de femmes fin 2010, c'est la moins féminisée des professions de santé réglementées ; ce faible taux de féminisation peut s'expliquer pour partie par le fait que les femmes sont moins enclines à exercer en libéral. Toutefois, parmi les jeunes générations, on observe un nombre croissant de femmes : ainsi, 62 % des praticiens de moins de 30 ans sont des femmes.

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, on observe des écarts de densité entre le Nord et le Sud du pays, ainsi qu'une concentration dans les grandes agglomérations au contraire des zones rurales. Fin 2010, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 66 pour 100 000 habitants. Mais elle est supérieure à 77 pour 100 000 dans le sud de la France (PACA et Corse), en Île-de-France et en Alsace, tandis qu'elle n'atteint que 40 pour 100 000 en Normandie. On compte 900 chirurgiens-dentistes dans les DOM, soit 48 pour 100 000 habitants.

L'activité varie fortement selon les caractéristiques des zones considérées : avec 50 % d'actes d'orthodontie (TO) en 2003 pour seulement 25 % d'actes conservatoires (SC) et 25 % de prothèses dentaires (SPR), les praticiens des zones rurales se distinguent de leurs confrères, qui affichent une moyenne de 48 % de SC, 40 % de SPR et seulement 12 % de TO.

Définitions

SNIR : Système national inter-régimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les chirurgiens-dentistes. Son champ diffère de celui du SNIR car il comprend les praticiens ayant une activité mixte (libérale et salariée). À champ comparable, ADELI recense 37 100 dentistes libéraux contre 36 100 dans le SNIR au 1^{er} janvier 2011.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 158, DREES, juillet 2011.

« Les chirurgiens-dentistes en France – Situation démographique et analyse des comportements en 2006 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 594, DREES, septembre 2007.

« La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 », M. Collet et D. Sicart, *Études et Résultats*, n° 595, DREES, septembre 2007.

« Les revenus libéraux des chirurgiens-dentistes », N. Legendre, *Études et Résultats*, n° 501, DREES, juin 2006.

« Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal », S. Bessière, M. Coldefy, M. Collet, *Rapport 2005 de l'ONDPS*, Documentation française, 2006.

Les chirurgiens-dentistes 1.6

Consommation de soins dentaires

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation totale (millions €)	6 693	8 721	9 079	9 395	8 740	9 016	9 315	9 558	9 715	9 947
Evolution (en %)										
Valeur	4,2	1,1	4,1	3,5	1,8	3,2	3,3	2,6	1,6	2,4
Prix	1,2	1,0	1,8	1,3	1,0	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2
Volume	3,0	0,1	2,3	2,2	0,8	1,4	2,0	0,8	0,5	1,2
Honoraires moyens par an * (€)	160,9	211,1	216,4	223,6	211,1	216,4	223,6	230,1	234,0	241,1

* Praticiens APE (ayant exercé à plein temps une activité libérale toute l'année).

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CNAMTS - SNIR pour les honoraires moyens.

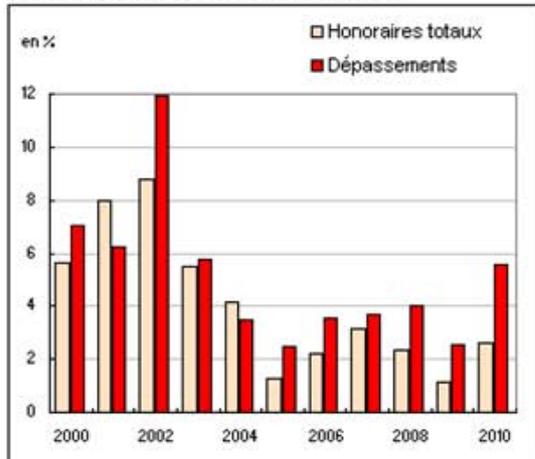
Part des dépassements dans les honoraires et soins dentaires *

SNIR	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Honoraires et soins totaux (millions €/an)	6 840	7 215	7 515	7 612	7 780	8 023	8 211	8 307	8 526
Evolution en %		5,5	4,2	1,3	2,2	3,1	2,3	1,2	2,6
Dépassements / tarif opposable (millions €/an)	3 266	3 454	3 575	3 663	3 792	3 930	4 087	4 191	4 423
Evolution en %		5,7	3,5	2,4	3,5	3,7	4,0	2,5	5,5
Part des dépassements (en %)	47,8	47,9	47,6	48,1	48,7	49,0	49,8	50,5	51,9

* Honoraires et soins remboursables des dentistes libéraux (France métropolitaine).

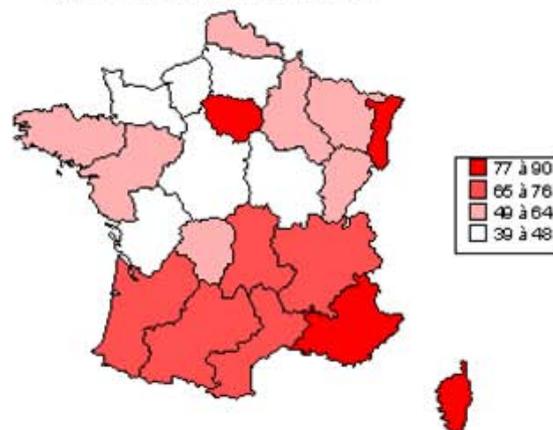
Sources : CNAMTS - SNIR, calculs DREES.

Taux d'évolution des honoraires dentaires



Sources : CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

Densité de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants au 1^{er}1/2011



Sources : ADELI, DREES.

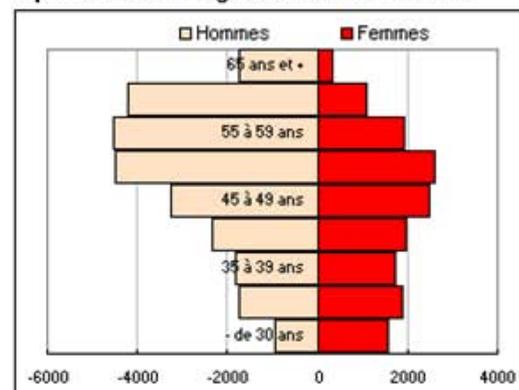
Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

SNIR	au 1er janvier			
	2008	2009	2010	2011
Chir. dentistes libéraux	36 642	36 355	36 237	36 102
Conventionnés	36 207	35 938	35 845	35 735
DP	331	300	276	256
Non conventionnés	104	117	116	111
ADELI	2008	2009	2010	2011
Total chirurg. dentistes	41 422	41 116	40 930	40 941
Dentistes libéraux	37 693	37 292	37 078	36 976
Dentistes salariés	3 729	3 824	3 852	3 965
dont salariés hospitaliers	445	456	465	478

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADELI ; CNAMTS, SNIR.

Répartition des chirurgiens-dentistes au 1^{er}1/2011



Sources : ADELI, DREES.

1.7 Les infirmiers

En base 2000, les soins infirmiers retenus dans les Comptes de la santé incluaient les Services de soins à domicile (SSAD). En base 2005, le choix a été fait de rapprocher les SSAD des soins de longue durée aux personnes âgées. En effet, les soins apportés par les SSAD (1,3 milliard d'euros en 2010) sont effectués à plus de 80 % par des aides-soignants et à seulement 20 % par des infirmiers.

La consommation de **soins infirmiers** en ville (infirmiers libéraux et centres de santé) s'élève à 5,5 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 7,2 % en valeur par rapport à 2009, après +9,4 % en 2009. Les prix des soins infirmiers augmentant de 0,7 % en 2010, la croissance en volume est de 6,5 % en 2010 après +5,5 % en 2009 ; on constate ainsi une reprise de la hausse en volume qui avait ralenti en 2008.

Le prix des soins infirmiers a fortement augmenté en 2009 : + 3,8 %. La signature d'une nouvelle convention nationale de la profession en 2007 s'est accompagnée d'une hausse des tarifs infirmiers en juillet 2007 puis en avril 2009. Le tarif des actes en **AMI** (soins courants) est passé de 2,90 € à 3 €, puis 3,15 €, et celui des actes en **AIS** de 2,40 € à 2,50 €, puis 2,65 €. L'indemnité forfaitaire de déplacement a été majorée de 2 € à 2,20 €, puis 2,30 € et la majoration du dimanche est passée de 7,62 € à 7,80 €, puis 8 €. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € par acte est appliquée ; elle est plafonnée à 2 € par jour et à 50 € par an (y compris franchises sur les actes des autres auxiliaires médicaux, les médicaments et les transports).

Parmi les prestations versées par le régime général, les AMI représentent 45 % des prestations ; viennent ensuite les AIS avec 36 % des prestations, puis les frais de déplacement avec 19 % des prestations.

Au 1^{er} janvier 2011, le répertoire ADELI recense 534 300 infirmiers en France métropolitaine et 13 500 dans les DOM. Ce chiffre n'a cessé de croître, en particulier avec la mise en place des 35 heures à l'hôpital. Les effectifs infirmiers ont progressé de 3,2 % par

an en moyenne entre 2000 et 2008, et de 3,7 % en 2011 après +4,1 % en 2010. La baisse apparente des effectifs globaux en 2008 résulte d'une opération qualité menée sur le répertoire ADELI, qui a conduit à revoir à la baisse le nombre d'infirmiers salariés en activité.

Les infirmiers salariés représentent 84,6 % de la profession et les infirmiers libéraux seulement 15,4 %, mais depuis trois ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+5,7 % en moyenne) est supérieure à celle des infirmiers salariés (+3 %). La majorité des infirmiers salariés sont employés dans le secteur hospitalier : 82 % des effectifs salariés. La profession est très féminine puisque 87,3 % des effectifs sont des femmes en 2011. Cette part atteint même 92 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. Par contre, les femmes sont moins représentées dans l'exercice libéral de la profession (83,8 %).

On observe une répartition très inégale des infirmiers libéraux sur le territoire : les écarts de densité régionale varient de 1 à 5 en 2011. La Corse compte plus de 300 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants alors que l'Île-de-France n'en recense que 66. Les régions du Nord sont moins bien dotées en infirmiers libéraux que les régions du Sud de la France. Dans les quatre régions où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 200 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), la part de la population âgée de 60 ans ou plus est de l'ordre de 35 % (recensement 2008) contre 30,6 % en moyenne. On observe, en outre, une corrélation positive entre la densité régionale d'infirmiers et la part des infirmiers de 50 ans ou plus. Des départs en retraite plus nombreux dans les régions actuellement les mieux dotées conjugués avec les efforts de régulation publique devraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers dans les prochaines années.

Définitions

AMI : Actes médicaux infirmiers classiques tels que pansements ou piqûres.

AIS : Actes infirmiers de soins tels que toilette, hygiène, garde à domicile ou prévention.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 158, DREES, juillet 2011.

« La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 », M. Barlet et M. Cavillon, *Études et résultats*, n° 760, DREES, mai 2011.

« La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », M. Barlet et M. Cavillon, *Études et résultats*, n° 759, DREES, mai 2011.

Les infirmiers 1.7

Consommation de soins infirmiers

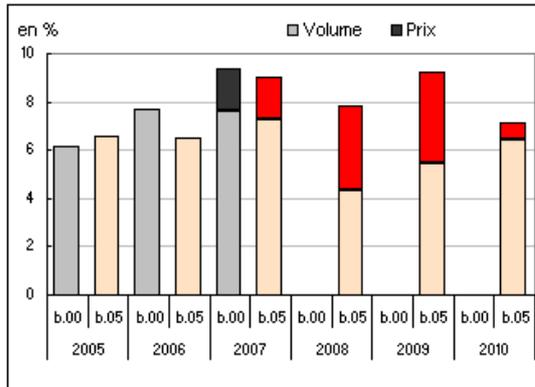
en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins infirmiers * (en millions €)	2 744	4 564	4 911	5 377	3 747	3 990	4 356	4 704	5 148	5 519
Evolution (en %)										
Valeur	6,3	6,2	7,7	9,5	6,6	6,5	9,2	8,0	9,4	7,2
Prix	1,8	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	1,8	3,5	3,8	0,7
Volume	4,5	6,2	7,7	7,6	6,6	6,5	7,3	4,4	5,5	6,5
Pour mémoire										
SSAD	640	911	1 017	1 106	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
Evolution SSAD (en %)		8,8	11,7	8,7	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8

* SSAD (Services de soins à domicile) inclus dans les soins infirmiers en base 2000, exclus en base 2005.

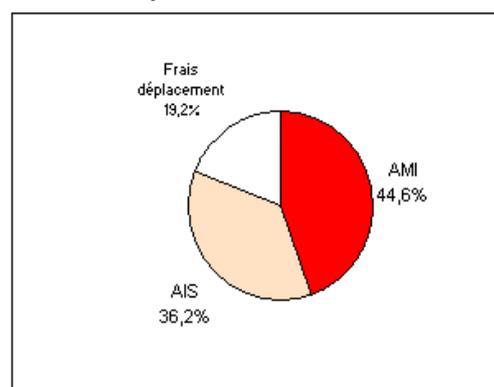
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des soins infirmiers



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Structure des prestations de soins infirmiers en 2010



Sources : CNAMTS, Régime général.

Effectifs des infirmiers (France entière)

au 1er janvier

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% 2011
Ensemble des infirmiers	431 565	446 100	461 503	478 483	493 503	487 663 *	507 514	528 389	547 861	
Métropole	423 431	437 525	452 466	469 011	483 380	476 897 *	495 834	515 754	534 378	100%
Salariés hospitaliers	309 081	322 477	332 413	343 528	352 372	340 959 *	351 728	362 831	371 382	69,5%
Autres salariés	54 894	54 321	57 353	60 261	63 137	66 319	70 596	75 733	80 763	15,1%
Libéraux	59 456	60 727	62 700	65 222	67 871	69 619	73 510	77 190	82 243	15,4%
DOM	8 134	8 575	9 037	9 472	10 123	10 766	11 680	12 635	13 483	

* rupture de série entre 2007 et 2008 : opération qualité sur le répertoire ADEL qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.

Sources : DREES, ADEL.

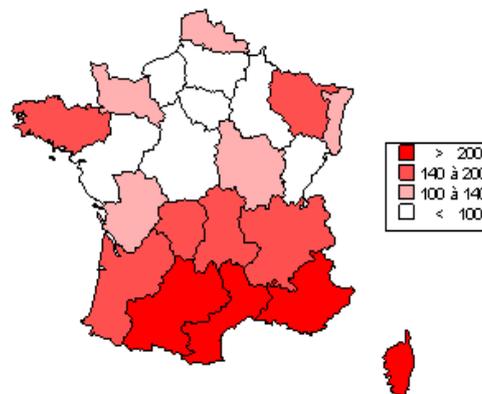
Les infirmiers par mode d'exercice au 1/1/2011

	Effectifs	Répartition	Part des femmes
Ensemble	534 378	100 %	87,3 %
Infirmiers libéraux	82 243	15,4 %	83,8 %
Salariés hospitaliers du public (y compris PSPH)	312 959	58,6 %	86,7 %
Salariés hospitaliers du privé	58 423	10,9 %	90,1 %
Salariés EHPA-EHPAD	23 025	4,3 %	92,6 %
Salariés établis. handicapés	5 732	1,1 %	91,3 %
Autres salariés	51 996	9,7 %	90,6 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, ADEL.

Densité géographique des infirmiers libéraux au 1/1/2011 pour 100 000 habitants



Sources : DREES, ADEL ; INSEE pour la population.

1.8 Les autres auxiliaires médicaux

La consommation totale de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 11 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 5,5 % en valeur et de 5,1 % en volume par rapport à 2009. L'effet prix global est de 0,3 % en 2010, en l'absence de revalorisation tarifaire importante. Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 € par acte d'auxiliaire médical s'applique. Cette franchise est plafonnée à 2 € par jour et globalement plafonnée avec les autres franchises (appliquées sur les médicaments et les transports) à 50 € par an.

La consommation de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** s'élève à 4,6 milliards d'euros en 2010. Elle progresse de 3,5 % par rapport à 2009, en valeur comme en volume. En effet, les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas été revalorisés en 2010, comme c'est le cas depuis 2004. Toutefois, si l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention en 2007 n'a pas eu d'incidence sur les honoraires, elle a permis de coter davantage de coefficients pour un type d'intervention donné. Le rythme de progression des soins de kinésithérapie a sensiblement ralenti à partir de 2008 : alors qu'il oscillait entre 6 et 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2007, il est passé à +4,3 % en 2008, +2,4 % en 2009 puis +3,5 % en 2010. Ce ralentissement est dû en partie aux mesures de maîtrise médicalisée (accord préalable pour certaines séries d'actes) ainsi qu'à l'introduction d'une franchise en 2008.

Au 1^{er} janvier 2011, le répertoire **ADELI** recense 70 800 masseurs-kinésithérapeutes en France métropolitaine et 2 100 dans les DOM. Depuis 2002, l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes augmente de 2,8 % par an en moyenne (à nouveau +2,8 % en 2011). La grande majorité des kinésithérapeutes exercent en secteur libéral : c'est le cas pour

79 % d'entre eux au 1^{er} janvier 2011. L'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes. Les hommes sont plus nombreux (57,2 %) que les femmes (42,8 %) dans l'exercice libéral de la profession. Ils sont également majoritaires (52 %) dans les effectifs, mais la part des femmes augmente régulièrement puisqu'elle est passée de 42 % en 2000 à 48 % en 2011.

La densité moyenne en métropole en 2011 est de 113 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes s'observent dans les régions du Sud de la France : Languedoc-Roussillon, PACA, Corse et Midi-Pyrénées. Mais contrairement aux infirmiers, cette densité est également importante en Île-de-France et en Nord-Pas-de-Calais.

En 2010, les soins d'**orthophonistes** et d'**orthoptistes** représentent respectivement 0,8 milliard d'euros et 0,1 milliard d'euros ; ils progressent de 5,5 % en valeur comme en volume par rapport à 2009. Fin décembre 2007, les actes des orthophonistes avaient été revalorisés : le tarif de l'**AMO** était passé de 2,37 € à 2,40 €. Les actes des orthoptistes ont quant à eux été revalorisés en 2008, le tarif de l'**AMY** passant de 2,38 € à 2,50 €. Aucune hausse de tarif n'est intervenue depuis.

Au 1^{er} janvier 2011, on compte 20 500 orthophonistes et 3 500 orthoptistes dans le répertoire ADELI (soit 32 orthophonistes et 5 orthoptistes pour 100 000 habitants). La croissance des effectifs d'orthophonistes est de 3,8 % en 2011 ; les effectifs d'orthoptistes augmentent quant à eux de 5,1 % par rapport à 2010.

En 2011, 80 % des orthophonistes exercent à titre libéral ; cette proportion est de 70 % pour les orthoptistes. Ce sont des professions très féminines : à 96 % pour les orthophonistes et à 91 % pour les orthoptistes.

Définitions

ADELI : Répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les professionnels de santé.

AMO : Actes d'orthophonie.

AMY : Actes d'orthoptie.

Pour en savoir plus

« Les professions de santé au 1^{er} janvier 2011 », D. Sicart, *Document de travail, série Statistiques*, n° 158, DREES, juillet 2011.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011, fiche 10.2, « Les masseurs-kinésithérapeutes ».

« Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », A. Fizzala, *Études et Résultats*, n° 605, DREES, octobre 2007.

Les autres auxiliaires médicaux 1.8

Consommation de soins d'auxiliaires médicaux

en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	6 294	8 853	9 453	10 248	8 071	8 553	9 273	9 856	10 437	11 009
Infirmiers (yc SSAD en base 2000)	3 249	4 564	4 911	5 377	3 747	3 990	4 356	4 704	5 148	5 519
Kinésithérapeutes	2 547	3 572	3 789	4 073	3 607	3 809	4 128	4 308	4 409	4 562
Orthophonistes	446	638	669	710	638	670	701	752	780	823
Orthoptistes	51	80	84	88	79	83	87	92	100	105
Evolution de l'ensemble										
Valeur	6,4	5,2	6,8	8,4	6,0	6,0	8,4	6,3	5,9	5,5
Prix (en %)	0,2	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,8	1,7	1,8	0,3
Volume	6,2	5,2	6,8	7,4	6,0	6,0	7,5	4,5	4,0	5,1

Sources : DREES, Comptes de la santé.

Effectifs des autres auxiliaires médicaux

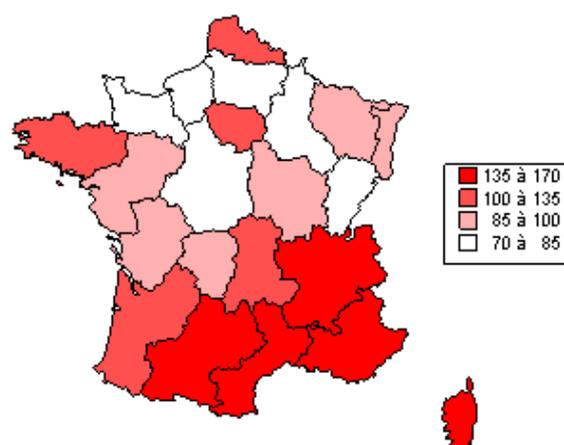
au 1er janvier

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Métropole									
Kinésithérapeutes	56 924	58 642	60 364	61 999	62 602	64 327	66 919	68 923	70 780
Orthophonistes	14 836	15 357	15 909	16 551	17 135	17 799	18 506	19 247	19 963
Orthoptistes	2 405	2 507	2 588	2 679	2 808	2 900	3 081	3 232	3 396
dont libéraux									
Kinésithérapeutes	44 699	46 081	47 554	48 919	49 666	50 984	52 804	54 274	55 763
Orthophonistes	11 812	12 202	12 582	13 116	13 550	14 129	14 744	15 384	16 058
Orthoptistes	1 845	1 901	1 968	1 994	2 055	2 111	2 205	2 304	2 396
DOM									
Kinésithérapeutes	1 185	1 253	1 341	1 432	1 496	1 604	1 832	1 922	2 070
Orthophonistes	323	350	379	395	410	451	473	516	560
Orthoptistes	47	50	48	51	58	65	70	80	84

Sources : DREES, ADELI.

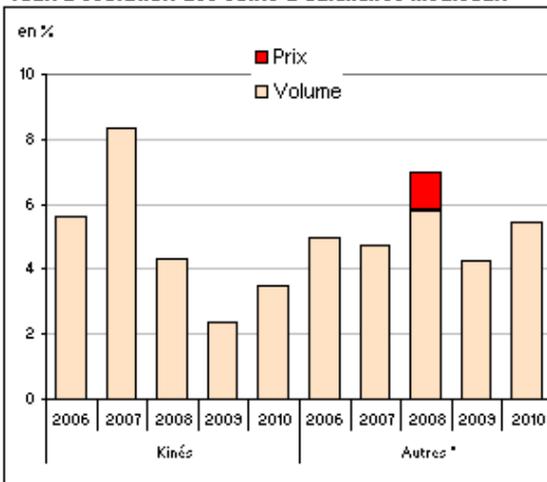
Densité géographique des kinésithérapeutes au 1/1/2011

pour 100 000 habitants



Sources : DREES, ADELI.

Taux d'évolution des soins d'auxiliaires médicaux



* Orthophonistes, orthoptistes.

Sources : DREES pour les volumes, INSEE pour les prix.

1.9 Les laboratoires d'analyses, les cures thermales

En base 2000, le choix d'une optique « fonction de soins » avait conduit à ajouter les actes d'anatomo-cytopathologie aux analyses et prélèvements. En base 2005, c'est l'optique « lieu d'exécution » qui prévaut et ces actes restent dans les honoraires des médecins de ville ; la rubrique « Analyses » comptabilise ainsi les seules dépenses réalisées dans les laboratoires. Cette révision diminue le niveau de la dépense d'analyses de 250 millions d'euros par rapport à la base 2000.

En base 2005, la consommation d'**analyses et de prélèvements en laboratoire** est évaluée à 4,3 milliards d'euros pour l'année 2010, en augmentation de 1,7 % en valeur et en volume par rapport à 2009.

Les prix n'ont pas augmenté en 2010, comme c'est le cas depuis 2004. La seule hausse de tarif récente est intervenue en 2008, pour les prélèvements à domicile ; elle a compensé la baisse de cotation intervenue sur un certain nombre d'actes. Après plusieurs années de forte hausse (plus de 9 % par an en moyenne entre 2001 et 2003), l'évolution observée depuis trois ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu : de +3,2 % en valeur en 2007 à +1,7 % en 2010.

Depuis 5 ans plusieurs mesures de maîtrise des dépenses sont intervenues :

- tout d'abord en 2005 avec la mise en place, comme pour les actes des médecins exerçant en ambulatoire, d'une participation forfaitaire d'un euro qui reste à la charge des patients pour chaque analyse de biologie médicale ;
- puis en 2007, avec la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire ;
- enfin en 2009, avec la baisse de la cotation de près de 90 actes.

Outre leur effet direct sur la structure de financement des dépenses, ces mesures ont contribué à une modération de la consommation depuis 2006, accentuée en 2010.

Le nombre des laboratoires est en diminution depuis la fin des années 1990 : il est passé de

4 132 en 1998 à 3 833 en 2010 (métropole). On compte 126 laboratoires dans les DOM.

En 2010, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 328 millions d'euros (hors hébergement) : cette consommation est en reprise, avec une progression en valeur de 3,5 % par rapport à 2009. Depuis 2003, on notait un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes avait ainsi reculé de 10 % en 10 ans, passant de 548 000 en 1998 à 486 000 en 2009 : il dépasse la barre des 500 000 en 2010, progressant de 3,7 % par rapport à 2009.

La progression en valeur observée entre 2007 et 2009 s'expliquait uniquement par l'augmentation des prix. En effet, un avenant à la convention nationale thermale avait fixé une revalorisation tarifaire de 4 % en août 2006 (avec un effet en année pleine en 2007), à laquelle s'étaient ajoutés 2 % supplémentaires à partir du 1^{er} février 2007. En septembre 2008, la convention nationale a été reconduite pour une durée de 5 ans. En 2010, à la hausse du nombre de curistes s'ajoute une hausse de prix des cures de 2,1 %.

En 2010, la rhumatologie représente les trois quarts de la fréquentation, et les soins des voies respiratoires 9 %. Selon chacune des douze orientations thérapeutiques, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables pour les différents soins sont aujourd'hui identiques dans toutes les stations thermales. Les cures remboursées par l'assurance-maladie représentent 94 % du chiffre d'affaires cumulé des établissements.

Les 105 stations thermales et les 150 établissements habilités à dispenser une cure thermale sont très inégalement répartis sur le territoire. En effet, 70 % des villes thermales sont concentrées dans 5 régions : Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Définitions

Soins de cure thermale : en conformité avec le cadre central de la Comptabilité nationale, le montant correspondant à l'hébergement des curistes n'est pas pris en compte dans les Comptes de la santé ; sont retracés uniquement les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux.

Pour en savoir plus

Conseil national des exploitants thermaux (CNETH) : www.cneth.org.

Les laboratoires d'analyses, les cures thermales 1.9

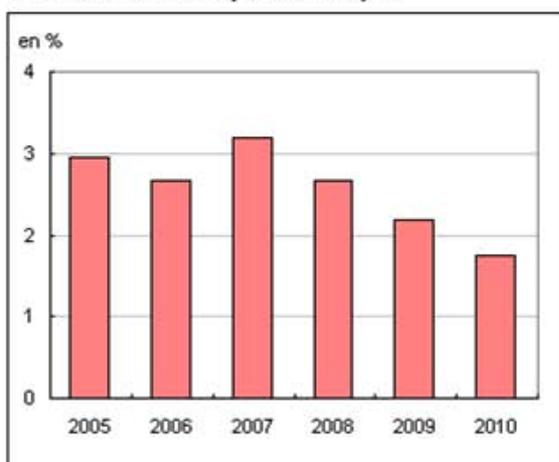
Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Analyses de laboratoires * (en M€)	2 795	3 974	4 102	4 233	3 769	3 869	3 993	4 099	4 188	4 261
Évolution										
(en %) Valeur	5,1	3,7	3,2	3,2	2,9	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7
Prix	-1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume	7,9	3,7	3,2	3,2	2,9	2,7	3,2	2,7	2,2	1,7
Nombre de laboratoires (métropole)	4 084	3 876	3 870	3 840	3 876	3 870	3 840	3 836	3 836	3 833
Évolution (en %)	-0,6	-0,9	-0,2	-0,8	-0,9	-0,2	-0,8	-0,1	0,0	-0,1
Cures thermales (en M€)	275	290	290	304	307	309	319	317	317	328
Évolution										
(en %) Valeur	-3,7	0,1	-0,1	5,0	-0,2	0,5	3,1	-0,6	0,1	3,5
Prix	0,2	2,0	2,7	6,4	2,0	2,7	6,4	3,2	2,7	2,1
Volume	-3,9	-1,9	-2,7	-1,4	-2,2	-2,1	-3,1	-3,7	-2,6	1,4
Nombre de curistes (en milliers)	542	504	493	495	504	493	495	492	486	504
Évolution (en %)	-4,6	-1,0	-2,2	0,4	-1,0	-2,2	0,4	-0,6	-1,2	3,7

* y compris actes en P en base 2000, hors actes en P en base 2005.

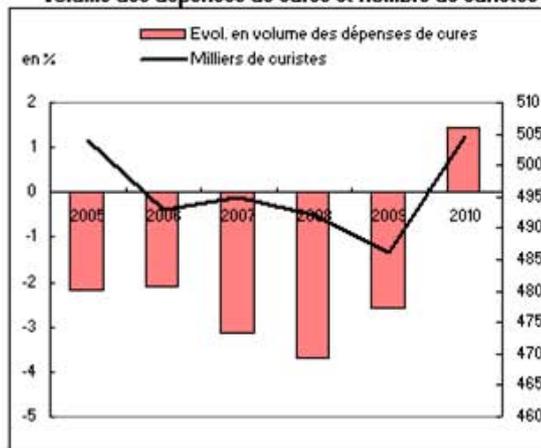
Sources : DREES ; INSEE pour les indices de prix ; CNETh pour le nombre de curistes.

Taux d'évolution des dépenses d'analyses



Sources : DREES, Comptes de la santé.

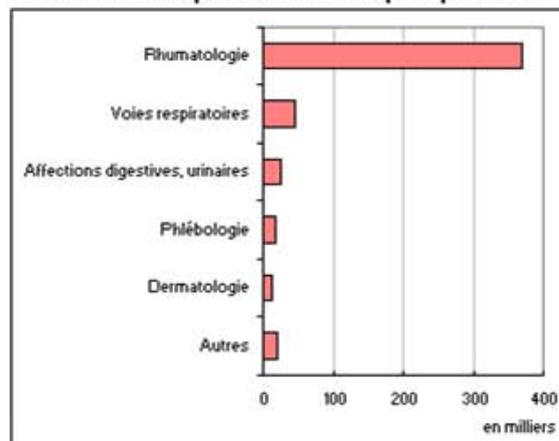
Volume des dépenses de cures et nombre de curistes



Lecture : échelle de gauche = évolution du volume des dépenses de cures ; échelle de droite = nombre de curistes.

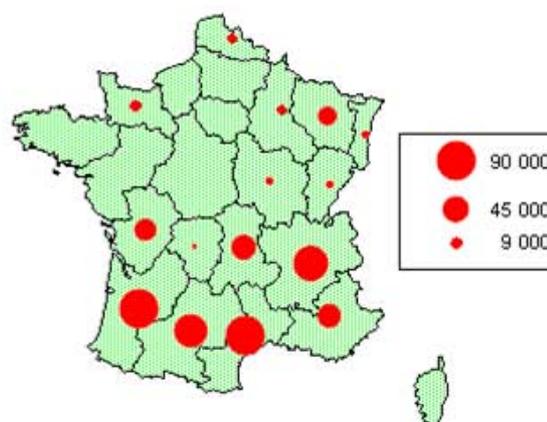
Sources : DREES ; CNETh pour le nombre de curistes.

Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2010



Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh).

Nombre de curistes par région en 2010



Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh).

1.10 La consommation de médicaments

En base 2005, la consommation de médicaments a été revue à la baisse : cette baisse porte principalement sur l'évaluation de l'automédication en médicaments remboursables et de la consommation de médicaments non remboursables.

En 2010, la consommation de médicaments atteint 34,4 milliards d'euros. Elle progresse en valeur de 1,1 % seulement, après +2 % en 2009. Ce fort ralentissement est dû à la fois aux médicaments remboursables et aux médicaments non remboursables dont les ventes stagnent pour la première fois depuis 2005. Par habitant, la consommation est même en baisse en 2010 : elle s'élève à 525 euros par habitant contre 528 euros en 2009. Les Français consomment toutefois toujours plus de médicaments que leurs voisins européens (cf. fiche 3.4). L'importance de cette consommation par tête provient de la structure de la consommation pharmaceutique française, caractérisée par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux, et par un développement du marché des génériques plus limité bien qu'il ait connu une forte croissance depuis quelques années.

Pour contenir cette consommation, des mesures ont été prises depuis 2008 :

- instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments à compter du 1^{er} janvier 2008, ce qui a représenté une économie de 890 M€ pour l'assurance-maladie en 2008 ;
- action sur le **répertoire des génériques** : baisses de prix du répertoire et baisse des **tarifs forfaitaires de responsabilité** (TFR) ;
- déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant : 450 présentations sont remboursées à 15 % au lieu de 35 % depuis le 1^{er} janvier 2010 ;
- montée en charge des « conditionnements de 3 mois » pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée ;
- baisses de prix ciblées ;
- maîtrise médicalisée sur les antiulcéreux, les antihypertenseurs, les statines et les anti-dépresseurs (en sus des actions traditionnelles sur les antibiotiques, etc.) ;

Définitions

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un médicament princeps sur la base du prix du générique.

- augmentation du nombre de spécialités génériques : la générication en 2009 de médicaments très consommés (comme le Plavix) a contribué à la modération de la dépense en 2010.

Parmi les médicaments remboursables, ce sont les médicaments les plus chers, remboursés à 100 %, qui sont les moteurs de la croissance. Il s'agit notamment de médicaments récents (commercialisés depuis moins de 5 ans) destinés à traiter des pathologies chroniques qui occupent une part croissante des dépenses (cf. *éclaircissement sur les médicaments remboursables*).

Entre 1995 et 2000, le volume de la consommation de médicaments a augmenté de plus de 5 % par an en moyenne. Cette croissance s'est accélérée en 2000-2001 où elle a atteint 9 % par an. Le rythme a ralenti à 6 % en moyenne entre 2002 et 2007. Depuis 2008 et la mise en place de la franchise de 0,50 € par boîte, il diminue plus fortement encore : +3,4 % en 2010 après +4,7 % en 2009, tandis que les prix continuent à reculer : -2,2 % en 2010 (après -2,6 % en 2009 et -2,3 % en 2008).

L'Insee publie deux indices de prix des médicaments : celui des spécialités remboursables et celui des spécialités non remboursables. Ce sont les prix dans les officines qui sont retenus, c'est-à-dire avant prise en charge partielle ou totale des médicaments remboursables par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Les médicaments remboursables, dont les prix sont administrés, sont à l'origine de l'évolution négative des prix. Ainsi en 2010, le prix moyen des spécialités non remboursables a progressé de 1,3 % par rapport à 2009, tandis que celui des spécialités remboursables baissait de 2,7 %. Cette baisse est due à la forte progression des génériques (dont le prix est nettement inférieur à celui des princeps) qui représentent 13,3 % des médicaments remboursables en 2010, ainsi qu'à la mise en place du TFR qui a favorisé une baisse des prix des princeps (cf. *Annexe 3.5 sur le prix des médicaments*).

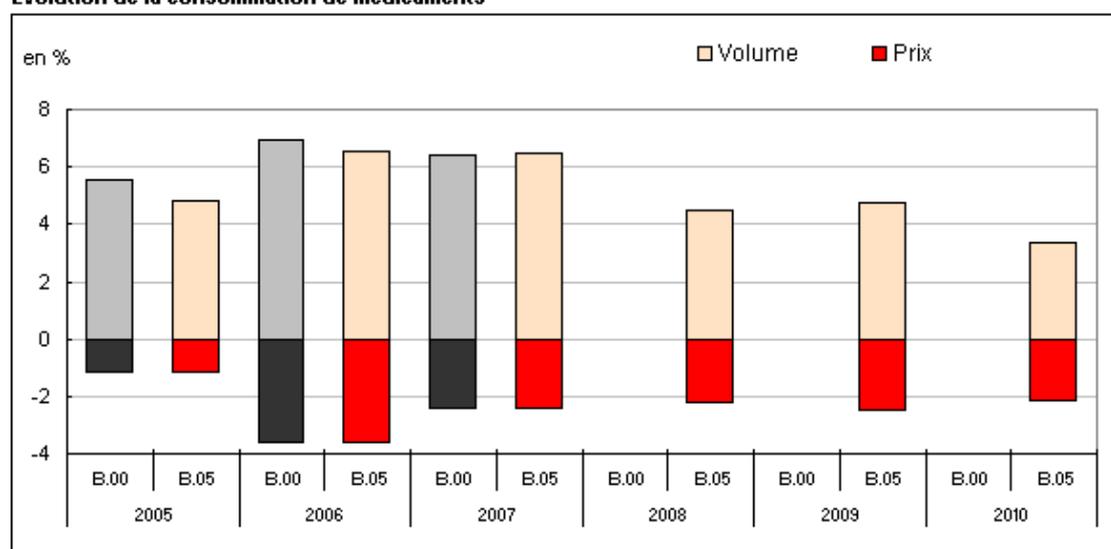
La consommation de médicaments 1.10

Consommation de médicaments

	Base 2000				Base 2005						
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Consommation (millions €)	23 631	31 466	32 421	33 637	30 688	31 491	32 696	33 393	34 075	34 449	
Médicaments remboursables	21 355	28 851	29 417	30 429	28 270	28 713	29 729	29 961	30 534	30 879	
Médicaments non remboursables	2 276	2 615	3 004	3 209	2 418	2 778	2 967	3 432	3 542	3 570	
Évolution (en %)	Valeur	7,9	4,2	3,0	3,8	3,6	2,6	3,8	2,1	2,0	1,1
	Prix	-0,4	-1,2	-3,7	-2,5	-1,2	-3,7	-2,5	-2,3	-2,6	-2,2
	Volume	8,3	5,5	7,0	6,4	4,8	6,5	6,5	4,5	4,7	3,4

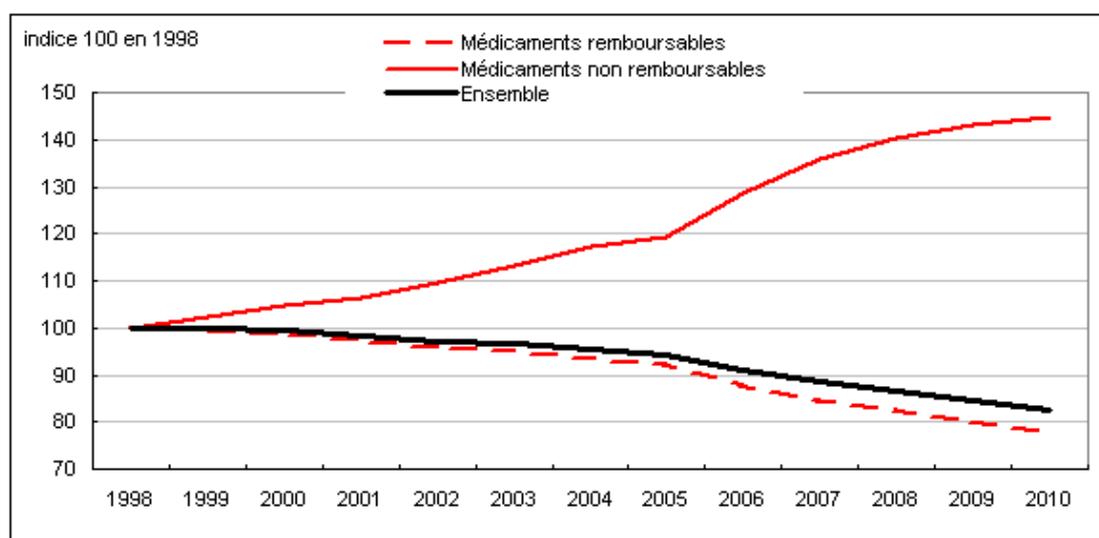
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la consommation de médicaments



Sources : DREES, Comptes de la santé.

Évolution du prix des médicaments



Sources : Insee.

1.11 Le marché des médicaments

En 2010, les ventes de médicaments **génériques** poursuivent leur progression (+10 % par rapport à 2009), avec un taux de croissance nettement supérieur à celui du chiffre d'affaires global des médicaments remboursables (+0,8 %). D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 104 en 2010, sur un total de 354 classes thérapeutiques. D'autre part, lorsqu'ils peuvent se **substituer à des princeps**, les génériques voient leur part de marché s'accroître. La part des génériques dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables continue ainsi à progresser : elle est passée de 4,1 % en valeur en 2002 à 13,3 % en 2010.

Cette évolution pèse directement sur la croissance des prix d'autant plus que la mise en place du **tarif forfaitaire de responsabilité** a elle aussi favorisé la baisse des prix des princeps.

L'élargissement important du répertoire des génériques intervenu en 2009 (qui a fait passer la part des princeps généricables non soumis au TFR de 45 % en 2008 à 69 % en 2009) a contribué à la baisse des prix et donc de la consommation.

Néanmoins, si la part des génériques dans le total des ventes a fortement progressé en France depuis 2006, leur prescription est encore en retrait par rapport à celle d'autres pays européens.

Le nombre total de présentations augmente de 6,9 % en 2010. Mais le nombre de présen-

tations de médicaments non remboursables recule de 4,9 % par rapport à 2009, tandis que celui des médicaments remboursables augmente de 10,8 %.

On observe également un développement important des « conditionnements trimestriels », concentrés sur 4 pathologies (diabète, ostéoporose, hypertension, hypercholestérolémie) : 84,6 millions de boîtes vendues en 2009 contre 52,8 millions en 2008 et 16,3 millions en 2007.

Au sein de la consommation de médicaments, on distingue les ventes en ville par les officines pharmaceutiques et les ventes par les pharmacies hospitalières (ou « **rétrocession hospitalière** ») à des patients non hospitalisés. La valeur des sommes remboursées par le régime général au titre de ces rétrocessions avait plus que doublé de 2000 à 2004. Depuis 2004, la valeur des produits rétrocédés s'est stabilisée à 1,2 milliard d'euros (régime général seul) ; la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général est ainsi passée de 7,5 % en 2004 à 6,6 % en 2010.

Cette évolution est due au décret du 15 juin 2004 qui a réorganisé la rétrocession pour faciliter l'accès des patients à certains médicaments. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2005, les prix des spécialités rétrocédées sont administrés, qu'il s'agisse des prix de vente des laboratoires pharmaceutiques aux hôpitaux ou des prix de vente aux patients.

Définitions

Générique : médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même bio-disponibilité (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Droit de substitution : depuis juin 1999, un pharmacien peut délivrer un générique à la place d'un princeps, sa marge restant identique à celle qu'il aurait réalisée avec le médicament de référence. Depuis 2006, le prix d'un générique doit être inférieur à 40 % de celui du princeps, ce qui se justifie par l'absence de frais de recherche et développement.

Tarif forfaitaire de responsabilité : remboursement d'un princeps sur la base du prix du générique.

Pour en savoir plus

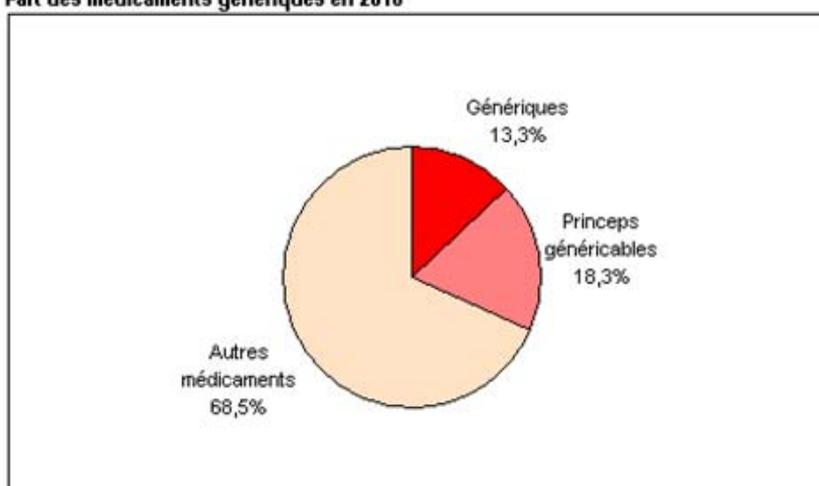
« L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010 », p.183.

« Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation cinq ans après l'autorisation », V. Reduron, CNAMTS, *Points de repère*, n° 30, mai 2010.

« Les médicaments hors tarification à l'activité dans les établissements de santé », M.E. Clerc, B. Haury, C. Rieu, DREES, *Études et Résultats*, n° 653, août 2008.

Le marché des médicaments 1.11

Part des médicaments génériques en 2010



Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

en %

	Part du marché global en 2010	Répartition			Taux de croissance 2009-2010
		2008	2009	2010	
Groupes génériques non soumis au TFR	28,6	100,0	100,0	100,0	-11,6
Génériques		55,2	31,2	39,5	13,3
Princeps généricables		44,8	68,8	60,5	-22,9
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du princeps	2,6	100,0	100,0	100,0	-4,2
Génériques		62,0	65,3	64,5	-1,1
Princeps généricables		38,0	34,7	35,5	-10,0
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du princeps	0,4	100,0	100,0	100,0	-9,9
Génériques		58,4	64,5	79,8	-3,8
Princeps généricables		41,6	35,5	20,2	-21,1

Champ : médicaments remboursables.

Sources : GERS, Afssaps, traitement DREES.

Le marché global des médicaments

	Nombre de présentations					Part de marché (en %)				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble des médicaments	9 444	9 713	9 975	10 732	11 473	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Médicaments non remboursables	2 839	2 734	2 757	2 673	2 541	8,0	7,9	8,8	9,0	9,0
Médicaments remboursables	6 608	6 979	7 218	8 059	8 932	92,0	92,1	91,2	91,0	91,0
au taux de 15 %	92	139	0	0	509	1,2	1,1	0,0	0,0	3,7
au taux de 35 %	1 217	1 159	1 205	1 308	865	12,4	11,9	11,4	11,3	6,6
au taux de 65 %	5 019	5 390	5 687	6 416	7 196	70,6	70,0	69,7	68,9	68,4
au taux de 100 %	280	291	326	335	362	7,8	9,1	10,1	10,9	12,2

Sources : GERS, traitement DREES.

1.12 Les autres biens médicaux

L'ensemble du poste **autres biens médicaux** est très hétérogène : sa nomenclature, la **LPP**, contient près de 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée à 40 % par les pharmaciens. Les autres intervenants sont des opticiens, des audioprothésistes, des orthésistes, des orthoprothésistes, des podoprothésistes et des prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ambulatoire s'élève à 11,6 milliards d'euros en 2010, dont près de 5,1 milliards d'euros pour l'optique, 2,1 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), et 4,3 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

Le taux de croissance de la consommation d'**optique** est un peu supérieur à 3 % par an depuis trois ans. Les montants pris en charge par l'assurance maladie sont 12,5 fois inférieurs à la consommation. La consommation des moins de 18 ans représente 18 % des volumes et 30 % des remboursements. Depuis le 1^{er} janvier 2007, les opticiens peuvent renouveler les verres correcteurs et les montures sur la base d'une prescription de moins de 3 ans, avec prise en charge par l'assurance maladie.

Le poste « prothèses, orthèses, VHP » a fait l'objet d'une réévaluation en valeur en base 2005 : le coefficient de majoration par rapport à la dépense reconnue a été porté de 50 % à 80 %. Cette révision a été opérée à la suite d'une exploitation spécifique du SNIIRAM.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 90. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé, de 6 % en moyenne chaque année, à l'exception de l'année 2009. Elle est de 6,2 % en valeur en 2010, après +3,2 % en 2009 et +7,3 % en 2008.

Définitions

Autres biens médicaux : depuis la mise en place de la T2A dans les hôpitaux, la consommation des « autres biens médicaux » regroupe exclusivement la consommation prescrite en ambulatoire. Les dépenses de prothèses liées aux soins reçus en hospitalisation complète dans une clinique privée (stimulateurs cardiaques, prothèses de hanche....) sont désormais imputées en soins hospitaliers privés.

LPP : Liste des produits et prestations ; depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution.

Pour en savoir plus

« Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007 », CNAM, *Points de repère*, n° 15, mai 2008.

La catégorie « **petits matériels et pansements** » est également d'une grande hétérogénéité puisqu'elle va du lit médical au pansement. De tous les soins et biens médicaux, ce sont ces dépenses qui connaissent la plus forte progression sur longue période : près de 30 % par an entre 1995 et 2000, puis 13 % par an entre 2000 et 2004, et 9 % par an entre 2005 et 2008. Après un ralentissement ponctuel en 2009, cette dépense reprend son rythme de hausse précédent : +7,9 % en 2010. Depuis 1995, la valeur de ce poste a été multipliée par 7 ; ainsi en 2010, elle représente 37 % des « autres biens médicaux ».

Le ralentissement observé en 2009 était la conséquence de l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés par exemple) dans le forfait soins des EHPAD le 1^{er} août 2008. Avant cette date, ces dispositifs étaient remboursés aux patients par l'assurance maladie sur prescription médicale ; on a constaté en 2008 une accélération des achats de lits médicalisés avant le transfert de ces matériels à la charge des EHPAD.

Les produits favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, matériels pour diabétiques, nutriments) représentent plus de la moitié de la consommation du poste « matériels et pansements ». Leur croissance s'explique en partie par la tendance générale à la diminution des durées d'hospitalisation, d'où un transfert de l'hôpital vers les soins de ville. Elle tient aussi à l'allongement de la durée de la vie : en 2009, le nombre de patients remboursés au titre de la LPP était d'environ 12 millions et leur âge moyen est de 70 ans.

La hausse résulte également d'une meilleure prise en charge de certaines pathologies (diabète, insuffisance respiratoire) et du volume de matériels mis à disposition (auto-surveillance du diabète, assistance respiratoire), ou encore aux progrès technologiques (prothèses auditives, défibrillateurs cardiaques, genoux à microprocesseurs...).

Les autres biens médicaux 1.12

Consommation des autres biens médicaux

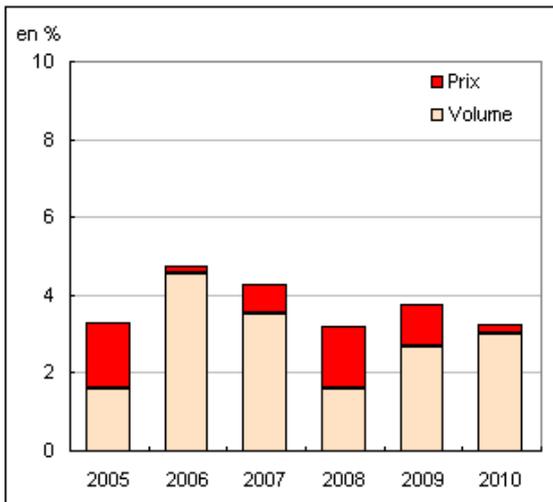
en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	5 713	8 433	8 968	9 624	8 753	9 332	10 042	10 667	10 978	11 578
Optique	3 236	4 242	4 444	4 633	4 242	4 444	4 634	4 783	4 963	5 123
Prothèses, orthèses, VHP *	890	1 285	1 394	1 468	1 556	1 681	1 801	1 932	1 994	2 117
Petits matériels et pansements	1 588	2 906	3 131	3 523	2 954	3 207	3 607	3 952	4 020	4 337
Evolution en valeur (en %)	13,0	5,4	6,3	7,3	5,6	6,6	7,6	6,2	2,9	5,5

* Véhicules pour handicapés physiques.

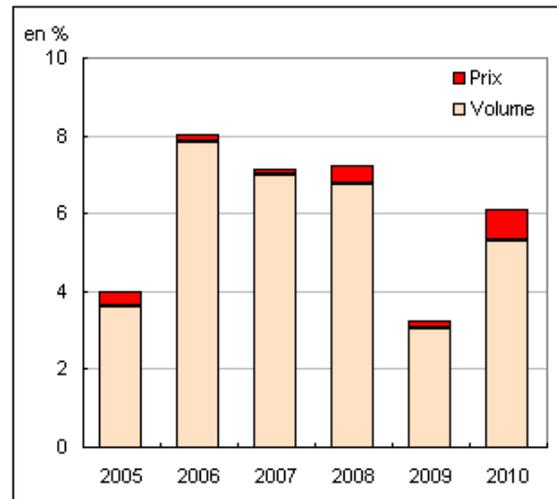
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses d'optique



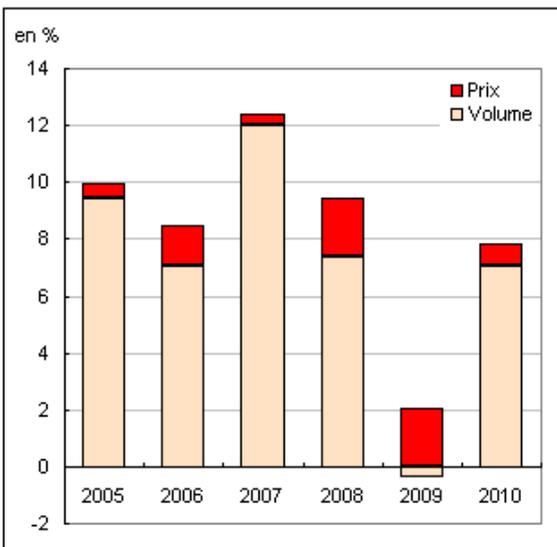
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses, VHP



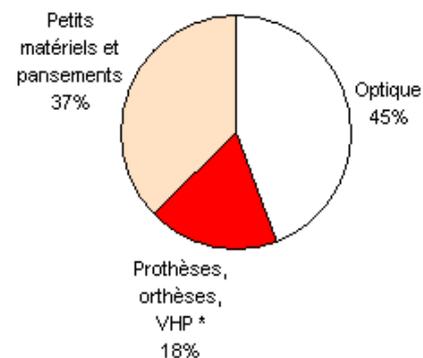
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2009



* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

1.13 Les transports de malades

En 2010, la consommation de **transports de malades** s'élève à 3,8 milliards d'euros, soit une hausse de 5,2 % en valeur et de 4,4 % en volume, les prix ayant augmenté de 0,8 % par rapport à 2009. Après un léger ralentissement en 2007-2008, la croissance des transports a repris sous l'effet d'une hausse des tarifs en 2009 et des volumes en 2010. Cette évolution reste toutefois inférieure à celle des années précédentes : plus de 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2006.

En 2010, les dépenses de transports de malades hors services médicaux d'urgence (SMUR) se répartissaient ainsi : 43 % pour les ambulances, 21 % pour les **VSL**, 32 % pour les taxis et 4 % pour d'autres moyens de transport (en train principalement).

Le taux moyen de remboursement des frais de transport sanitaire est très élevé, de l'ordre de 92 % en 2010. En effet, 90 % des dépenses de transport sont prises en charge à 100 % ; et en particulier, 73 % de ces frais sont remboursés à des patients en **ALD**.

La forte progression de la dépense de transport constatée entre 2000 et 2004 est due à un **effet de structure** : la part de marché des ambulances (très coûteuses) est passée de 34 % à 41 % tandis que celle des **VSL** passait de 42 % à 30 %, la part des taxis restant stable. La tendance s'est modifiée en 2005, avec une baisse de la part du transport par VSL au profit des taxis, la part des ambulances n'augmentant plus que faiblement.

Les données de la CNAM permettent de mettre en évidence les différences de prix entre les trois principaux types de transport. En 2007, la répartition des dépenses de transports de malades (régime général, hors DOM et hors SMUR) était la suivante : 44 % pour les ambulances, 26 % pour les VSL, 30 % pour les taxis. En nombre de transports, la répartition était très différente : 24 % pour les ambulances, 45 % pour les VSL, 31 % pour les taxis.

Cette forte croissance des dépenses de transport sanitaire entre 2000 et 2004 est à

l'origine des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de transport mises en place ces dernières années. Des « Contrats de Bonne Pratique » ont en effet été instaurés dans les transports sanitaires depuis 2004. Ils comportent des avantages financiers forfaitaires en contrepartie d'engagements individuels sur la qualité du service. À compter du 1^{er} janvier 2007, un nouveau référentiel médical de prescription de transport permet de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient. En outre, des accords d'initiative locale (AIL) ont été mis en place entre les **ARH** (auxquelles ont succédé les **ARS**) et les hôpitaux. Ils incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intéressement de leur hôpital aux économies réalisées. Si ces incitations n'ont eu que peu d'impact sur les prix, elles ont concouru en revanche au ralentissement du volume des transports sanitaires observé à partir de 2007.

De nouvelles mesures ont été prises entre 2008 et 2010 :

- la signature d'une nouvelle convention nationale type entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis. Les tarifs des taxis ont été revalorisés de 3,1 % au 1^{er} mars 2008, puis de 3,2 % au 1^{er} janvier 2009 et 1,2 % au 1^{er} février 2010, sous réserve de la signature de la convention nationale avec une CPAM. Pour les ambulances et les VSL, un avenant à la convention nationale restructure les tarifs, avec une baisse des abattements kilométriques et une hausse des forfaits. Les forfaits des ambulances et des VSL ont été ainsi majorés en octobre 2008 (+4 % pour les ambulances et +2,5 % pour les VSL), puis en juin 2009 ;
- un accord pour optimiser l'organisation des transports et augmenter le nombre de transports partagés ;
- la mise en place au 1^{er} janvier 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients. Cette franchise est de 2 € par trajet ; elle est plafonnée à 4 € par jour et globalement avec les autres franchises (médicaments et auxiliaires médicaux) à 50 € par an.

Définitions

VSL : Véhicules sanitaires légers.

Effet de structure : modification des parts de marché entre les acteurs ; lorsque la part des ambulances augmente au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à prix inchangé, car un transport en ambulance est trois fois plus coûteux qu'un transport en VSL.

ALD : Affection de longue durée.

ARH : Agence régionale d'hospitalisation.

ARS : Agence régionale de santé.

Les transports de malades 1.13

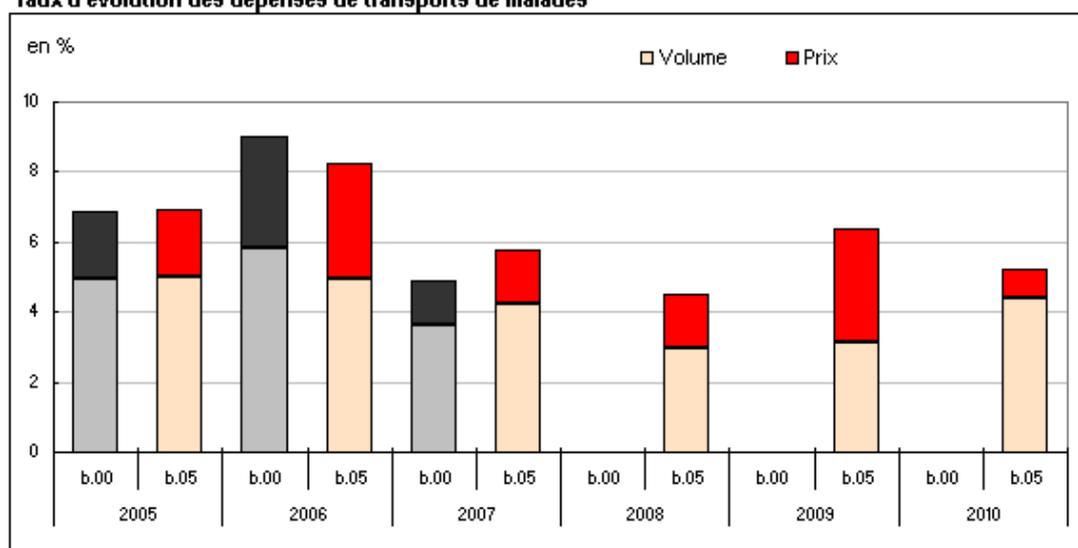
Consommation de transports de malades

en millions d'euros

		Base 2000				Base 2005					
		2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation de transports		1 886	2 823	3 083	3 235	2 816	3 053	3 231	3 377	3 595	3 784
Évolution (en %)	Valeur	8,4	7,0	9,2	4,9	7,0	8,4	5,8	4,5	6,5	5,2
	Prix	1,6	1,9	3,2	1,3	1,9	3,3	1,5	1,5	3,3	0,8
	Volume	6,6	4,9	5,8	3,6	5,0	5,0	4,2	3,0	3,1	4,4

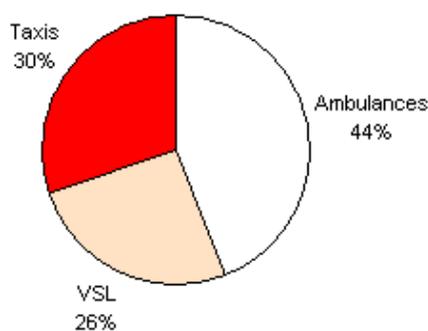
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de transports de malades



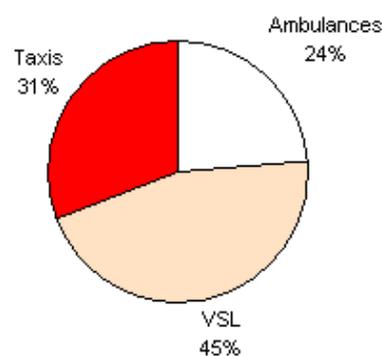
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Répartition de la dépense de transport (hors SMUR) en 2007



Sources : CNAMTS (France métropolitaine).

Répartition du nombre de transports (hors SMUR) en 2007



Sources : CNAMTS (France métropolitaine).

1.14 Les échanges extérieurs

Les Comptes de la santé évaluent la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) effectuée **en France par les assurés sociaux français** et les personnes prises en charge au titre de l'**AME** ou pour des soins urgents. Celle-ci exclut la consommation de soins d'assurés sociaux français soignés à l'étranger ainsi que la consommation de soins effectués sur le territoire français par des assurés sociaux étrangers.

Les échanges extérieurs de soins de santé sont retracés dans les comptes du **CLEISS** et du **CNSE**.

Le CLEISS comptabilise les échanges de soins avec les pays de l'Union européenne, ainsi qu'avec des pays ayant signé une convention bilatérale avec la France.

Deux types de remboursements sont effectués par le CLEISS :

- des factures pour les assurés sociaux français soignés à l'étranger, de façon inopinée mais avec une carte **EHIC** ou programmée avec une autorisation préalable de l'assurance maladie ; ces soins doivent être traités en **importation** ;
- des **factures** et des **forfaits** réglés pour les assurés de régimes français résidant de façon permanente à l'étranger ; ces soins sont exclus du champ de la comptabilité nationale.

De façon symétrique, le CLEISS encaisse :

- des factures pour les soins reçus en France (soins inopinés ou programmés) par des assurés de régimes étrangers venus de façon temporaire ; ces soins doivent être traités en **exportation** ;
- des factures et des forfaits pour les assurés de régimes étrangers résidant de façon permanente en France ; ces soins

doivent être ajoutés en comptabilité nationale pour l'évaluation du montant global de la consommation de santé des résidents.

Le CNSE recense les soins engagés par des assurés sociaux français à l'étranger en dehors des accords européens (c'est-à-dire sans carte EHIC) et des conventions bilatérales, ainsi que dans les pays hors convention.

Compte tenu de ces définitions, les exportations de soins de santé se montent à 192 millions d'euros en 2009 et les importations à 130 millions d'euros.

On observe une consommation de soins facturés dans les hôpitaux français pour des assurés étrangers (268 M€) nettement plus forte que celle d'assurés français dans des hôpitaux étrangers (80 M€).

Pour les autres types de soins, les échanges sont plus équilibrés.

Les remboursements à la France les plus importants proviennent des pays frontaliers : Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie et Royaume-Uni. Ces 5 pays totalisent 81 % des créances présentées par le CLEISS en 2009.

De même, les paiements les plus importants effectués par la France vont vers 5 pays voisins : Allemagne, Belgique, Espagne, Royaume-Uni et Suisse, qui totalisent 60 % des remboursements effectués par le CLEISS et le CNSE en 2009. Enfin, 18 % des remboursements effectués (52 M€) vont vers la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie, qui relèvent de conventions bilatérales.

Définitions

AME : Aide médicale d'État.

CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale) : il rembourse les prestations servies par les institutions étrangères à des assurés du régime français ; il demande aux institutions étrangères le remboursement des prestations servies par les organismes de santé français pour les soins dispensés en France à des assurés de régimes étrangers.

CNSE : Centre national des soins à l'étranger : pour les pays hors convention.

Carte EHIC : European Health Insurance card ou Carte européenne d'assurance maladie : elle a remplacé le formulaire E111 et permet une prise en charge des soins identique à celle des assurés du pays d'accueil.

Factures pour un assuré français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré français qui réside avec sa famille au Royaume-Uni et qui travaille en France : le règlement prévoit le remboursement des soins au Royaume-Uni, puis la France (où il cotise) rembourse le Royaume-Uni.

Forfaits pour les familles d'assurés français résidant à l'étranger : c'est le cas d'un assuré qui travaille et réside en France, alors que sa famille réside au Royaume-Uni : les soins à sa famille sont remboursés par le Royaume-Uni, puis la France rembourse le Royaume-Uni par forfait.

Pour en savoir plus

Rapport statistique – exercice 2009 », CLEISS, disponible sur le site www.cleiss.fr

Les échanges extérieurs 1.14

Les remboursements effectués par le CLEISS et le CNSE en 2009

en millions d'euros

	Hôpital	Médecins	Dentistes	Médicaments	Autres	TOTAL
Factures	80,5	48,4	4,8	19,9	20,8	174,3
dont Importations	64,8	34,9	3,2	11,7	15,4	130,0
Soins inopinés	51,4	31,3	3,2	10,8	13,2	109,9
Soins programmés	13,4	3,6	0,0	0,9	2,2	20,1
dont Soins aux assurés français résidant à l'étranger (*)	15,7	13,4	1,6	8,2	5,4	44,3
Forfaits Soins de familles d'assurés français résidant à l'étranger (*)						109,3

(*) Exclus du champ de la comptabilité nationale

Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Les créances présentées par le CLEISS en 2009

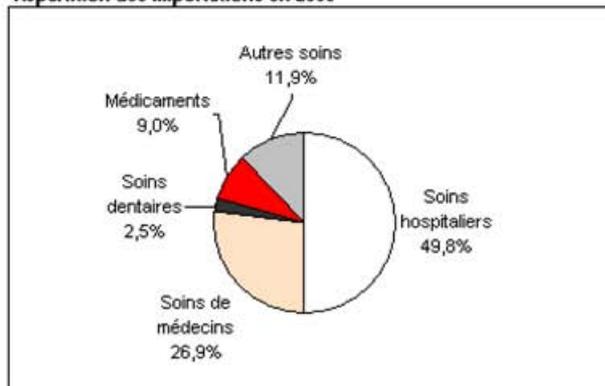
en millions d'euros

	Hôpital	Médecins	Dentistes	Médicaments	Autres	TOTAL
Factures	267,9	55,0	7,2	47,6	68,6	446,3
dont Exportations	163,2	9,3	0,3	5,9	13,4	192,1
Soins inopinés	130,7	7,8	0,3	3,6	9,5	151,9
Soins programmés	32,5	1,5	0,0	2,2	3,9	40,2
dont Soins aux assurés étrangers résidant en France (*)	104,7	45,7	6,9	41,7	55,2	254,3
Forfaits Soins de familles d'assurés étrangers résidant en France (*)						514,9

(*) A ajouter à la CSBM pour évaluer le montant global de la consommation de santé des résidents

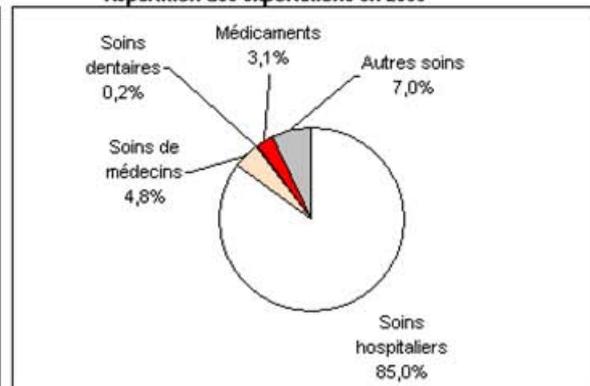
Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des importations en 2009



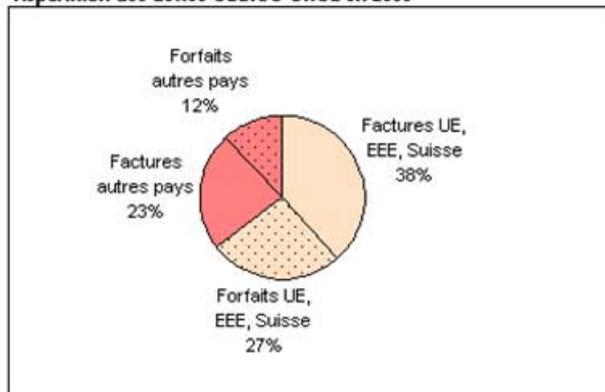
Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des exportations en 2009



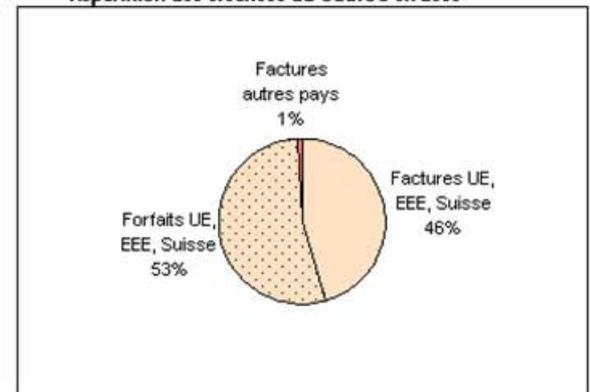
Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des dettes CLEISS-CNSE en 2009



Sources : CLEISS, Comptes 2009.

Répartition des créances du CLEISS en 2009



Sources : CLEISS, Comptes 2009.

2.1 La Dépense courante de santé

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Dépense courante de santé ont été revus. Les révisions principales portent sur la CSBM, les soins aux personnes handicapées désormais retracés avec les soins de longue durée aux personnes âgées et les coûts de gestion du système de santé.

La **Dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Plus précisément, en base 2005, la dépense courante de santé comprend :

- la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM),
- les autres dépenses pour les malades : les soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA**, **EHPAD**, **USLD** des hôpitaux) et à domicile (**SSAD**), les soins aux personnes handicapées en établissements et les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail),
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective,
- les dépenses pour le système de soins : les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé, **FIQCS** et aide à la télétransmission), la recherche médicale et

pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé,
- les coûts de gestion du système de santé.

Par rapport à la base 2005, ont été ajoutées dans la DCS les dépenses de soins aux personnes handicapées en établissement, les subventions versées aux professionnels de santé (FIQCS, aide à la télétransmission). Les subventions versées par le **FMESPP** ne sont pas prises en compte car il s'agit essentiellement de subventions d'investissement.

En base 2005, la DCS est ainsi évaluée pour l'année 2010 à 234,1 milliards d'euros, soit 3 609 euros par habitant ; elle représente 12,1 % du PIB. La croissance de la DCS en valeur est de 2,3 % en 2010, contre +3,9 % en 2009.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+2,3 % en valeur en 2010), qui en représente les trois quarts. Ce sont les « autres dépenses pour les malades » qui représentent ensuite la part la plus importante (12,7 %), devant les coûts de gestion (6,8 %), les dépenses pour le système de soins (3,2 %) et la prévention institutionnelle (2,5 %).

La structure de la dépense courante de santé a très peu évolué en cinq ans. Depuis 2005, on observe une légère progression des « autres dépenses en faveur des malades », notamment pour les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements.

Définitions

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, hors soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé,
- la consommation de soins ambulatoires (cabinets libéraux et soins en dispensaires, laboratoires...),
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux,
- la consommation de transports de malades.

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

USLD : Unités de soins de longue durée.

SSAD : Services de soins à domicile.

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », Annexe 1, p. 259.

La Dépense courante de santé 2.1

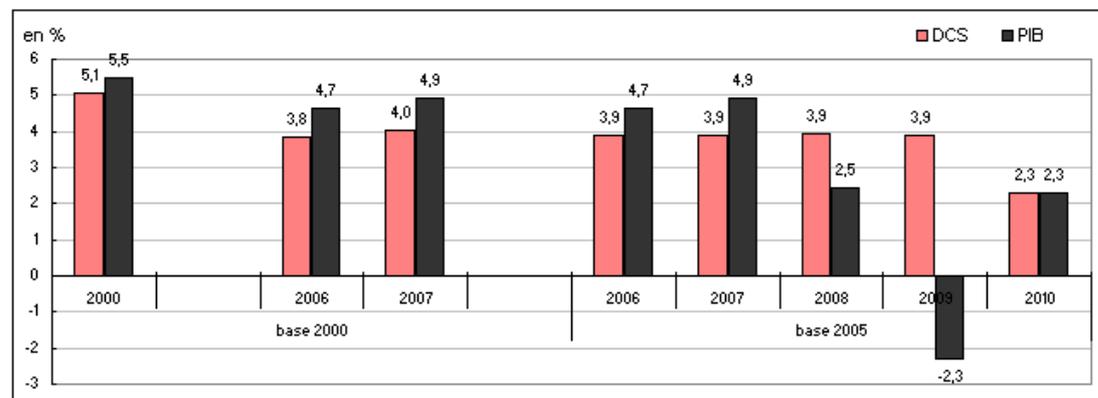
Dépense courante de santé

en millions d'euros

	Base 2000				Base 2005					
	2000	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépense courante de santé	146 893	191 252	198 592	206 551	196 313	203 929	211 867	220 233	228 769	234 059
en % du PIB	10,2	11,1	11,0	10,9	11,4	11,3	11,2	11,4	12,1	12,1
CSBM	115 121	151 208	157 294	163 970	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968
Autres dépenses pour les malades	11 094	15 072	15 600	16 423	22 622	23 490	24 722	26 673	28 555	29 716
SSAD	0	0	0	0	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	4 729	5 200	5 651	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665
Soins aux personnes handicapées en étab.	0	0	0	0	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 261
Indemnités journalières	8 162	10 343	10 400	10 772	10 412	10 487	10 803	11 455	11 936	12 457
Prévention	4 095	4 938	5 140	5 315	5 054	5 263	5 467	5 720	6 474	5 939
Prévention individuelle	2 316	2 799	2 884	3 009	2 914	3 012	3 166	3 295	3 444	3 483
- Prévention primaire	1 947	2 297	2 385	2 441	2 412	2 493	2 597	2 707	2 821	2 831
- Prévention secondaire	369	502	519	569	502	519	569	588	623	652
Prévention collective	1 779	2 140	2 256	2 306	2 140	2 251	2 301	2 424	3 030	2 456
Dépenses pour le système de soins	7 852	9 748	10 179	10 258	9 971	10 633	10 859	11 205	11 452	11 820
Subventions au système de soins	1 613	2 113	2 086	1 863	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 354
Recherche médicale et pharmaceutique	5 422	6 621	7 035	7 243	6 621	7 035	7 243	7 354	7 443	7 606
Formation	817	1 014	1 057	1 152	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 860
Coût de gestion de la santé	11 372	13 684	14 188	14 597	13 948	14 645	14 523	15 056	15 494	15 871
Double compte (recherche pharmaceutique)	-2 641	-3 398	-3 810	-4 012	-3 398	-3 850	-4 056	-4 131	-4 163	-4 255

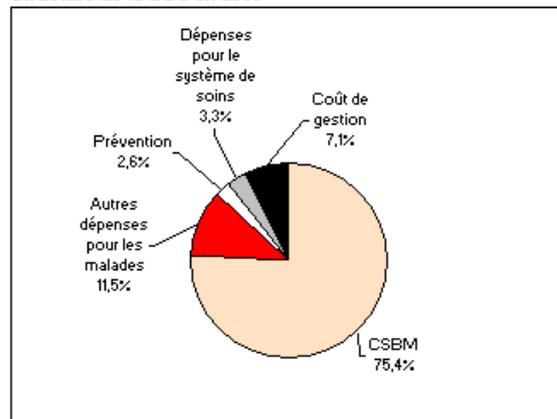
Sources : DREES, Comptes de la santé.

Taux de croissance de la DCS et du PIB



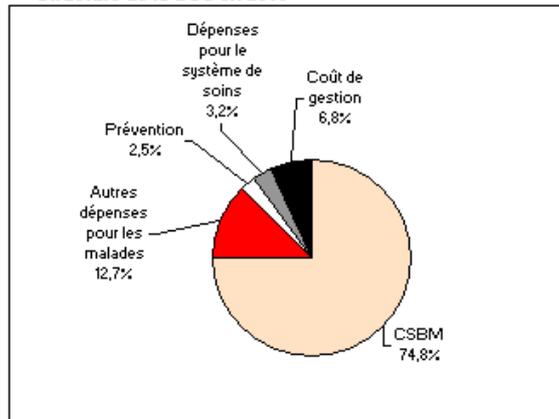
Sources : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB - base 2005.

Structure de la DCS en 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure de la DCS en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

2.2 Les soins de longue durée

Sont retracés en base 2005 les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, c'est-à-dire un équivalent de l'**OGD** médico-social.

Les soins de longue durée aux personnes âgées peuvent être assurés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées : **EHPA** ou **EHPAD**.

Ils peuvent également être assurés à domicile par des médecins, des kinésithérapeutes ou des infirmiers (services de soins à domicile ou SSAD).

En 2010, 7,7 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, soit une hausse de 5,4 % ce qui marque un ralentissement sensible par rapport aux années précédentes (+15,1 % en 2009).

Les soins en EHPA ou EHPAD représentent 6,6 milliards d'euros : ils augmentent de 10,2 % par rapport à 2009. Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et la forte expansion des établissements qui les accueillent. Entre 2006 et 2010, le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à 47 000, tandis que celui des lits en EHPAD passait de 373 000 à 527 000. En effet, le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) augmente régulièrement dans la clientèle des établissements : il est passé de 47 % en 2003 à 58 % en 2010.

Malgré une croissance plus rapide du secteur privé sur les années récentes, les établisse-

ments publics d'hébergement pour personnes âgées restent encore largement majoritaires. En 2007, 5 000 places ont été ouvertes dans les EHPAD du secteur public et la filière gériatrique a été développée à l'hôpital. Dans le secteur hospitalier, c'est l'hôpital public qui assure 99 % des soins de longue durée. Ceux-ci concernent, pour la quasi-totalité, des personnes âgées dépendantes. En 2010, on estime à 1 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les USLD.

Par ailleurs, les Services de soins à domicile (SSAD) contribuent à assurer des soins favorisant une prise en charge alternative à l'hébergement en institution. La valeur de ces soins à domicile est de 1,3 milliard d'euros en 2010, soit un doublement depuis 1998. Ils ont bénéficié à 105 000 personnes en 2010 (99 000 en 2009). Les soins dispensés par les SSAD sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés, ainsi que par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte ; ces derniers assurent environ 13 % des visites.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées en établissements (**MAS**, **FAM**,...) s'élèvent à 8,3 milliards d'euros en 2010, soit une hausse de 2,8 % par rapport à 2009.

Les soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées sont financés pour partie par l'assurance maladie (15,1 milliards d'euros dans l'**ONDAM** médico-social et 1 milliard d'euros dans l'**ONDAM** « autres soins hospitaliers » en 2010) et pour partie par la **CNSA** (1,2 milliard d'euros en 2010).

Définitions

OGD : Objectif global de dépenses, délégué à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

GIR : Groupes Iso-Ressources ; au nombre de 6, ils regroupent les malades en fonction de leur degré d'autonomie.

MAS : Maisons d'accueil spécialisées.

FAM : Foyers d'accueil médicalisés.

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Pour en savoir plus

« Les services des soins infirmiers à domicile en 2008 », D. Bertrand, *Études et résultats*, n° 739, DREES, septembre 2010.

« Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », S. Dos Sanyos et Y. Makdessi, *Études et résultats*, n° 718, DREES, février 2010.

« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31 décembre 2007 », J. Perrin-Haynes, *Document de travail*, n° 142, DREES, février 2010.

« Les établissements et services pour personnes handicapées », Tome 2 – Structures de soins et d'hébergement, Y. Mardessi, *Document de travail*, n° 141, DREES, janvier 2010.

« Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », J. Prévot, *Études et résultats*, n° 699, DREES, août 2009.

Les soins de longue durée 2.2

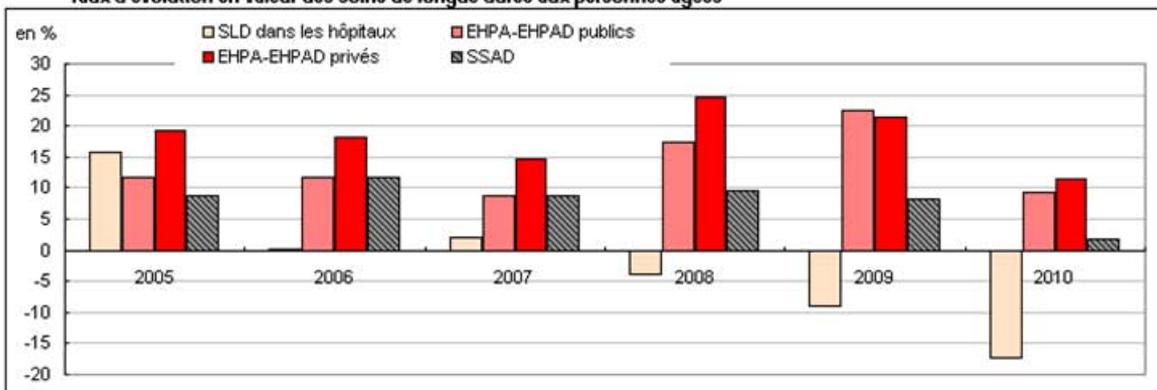
Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et handicapées

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Soins de longue durée aux personnes âgées	5 546	6 100	6 639	7 521	8 584	8 999
Évolution en %	11,9	10,0	8,8	13,3	14,1	4,8
dont ONDAM personnes âgées	4 142	4 367	4 794	5 523	6 267	7 170
dont Contribution CNSA	0	834	888	918	882	896
Soins en établissements pour personnes âgées	4 635	5 082	5 534	6 310	7 273	7 665
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 407	1 409	1 439	1 383	1 258	1 039
Évolution en %	15,7	0,1	2,1	-3,9	-9,0	-17,4
Soins en maisons de retraite (EHPA - EHPAD)	3 228	3 673	4 095	4 928	6 015	6 626
Établissements publics	1 972	2 190	2 396	2 813	3 448	3 766
Évolution en %	6,7	11,1	9,4	17,4	22,6	9,2
Établissements privés	1 256	1 483	1 699	2 115	2 568	2 861
Évolution en %	19,1	18,1	14,6	24,5	21,4	11,4
Services de soins à domicile (SSAD)	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334
Évolution en %	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8
Soins en établissements pour personnes handicapées	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 261
Évolution en %	8,2	3,6	5,4	5,7	4,4	2,8
dont ONDAM personnes handicapées	6 663	6 638	6 996	7 376	7 727	7 947
dont Contribution CNSA	0	266	283	321	309	314

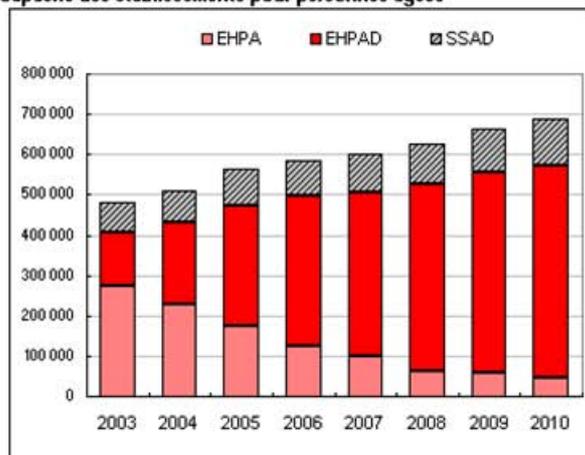
Source : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition pour les personnes âgées ; DSS, OGD pour les personnes handicapées.

Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées



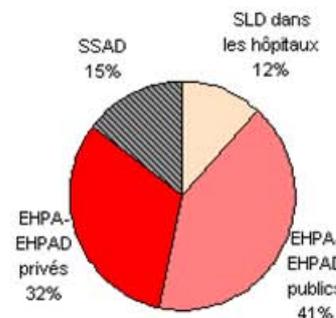
Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Capacité des établissements pour personnes âgées



Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Répartition des soins de longue durée aux personnes âgées



Sources : CNAIMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

2.3 Les indemnités journalières

Les **indemnités journalières** considérées ici sont celles relevant des risques « maladie, accident du travail et maternité » versées par les régimes d'assurance sociale, hors fonction publique. En 2010, elles s'élèvent à 12,5 milliards d'euros. Après avoir augmenté en 2008 (+6 %), leur rythme de croissance a ralenti puisqu'il s'est établi à +4,2 % en 2009 puis +4,4 % en 2010. Ce rythme est en net retrait par rapport à celui des années antérieures à 2004 : +8,6 % en moyenne entre 2000 et 2003.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont un rythme de croissance de 3 à 4 % par an en moyenne. Après une hausse de 5,3 % en 2008 due à une reprise de la natalité, elles augmentent de 3,8 % en 2009 et de 3,3 % en 2010.

Une analyse de l'évolution en valeur des indemnités journalières des risques « maladie » et « accident du travail » du régime général montre que celle-ci est liée à plusieurs facteurs :

- l'évolution des salaires, qui constituent le prix des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des indemnités journalières, mais avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active, en raison des problèmes de santé qui peuvent apparaître avec l'âge, nécessitant des arrêts plus longs que pour les salariés plus jeunes ; on peut cependant noter que la part des seniors n'a d'impact que sur les indemnités journalières de longue durée (plus de 3 mois) alors qu'elle ne semble pas influencer sur celles de courte durée (moins de 3 mois) ;
- les mesures de maîtrise des dépenses, et notamment la politique de contrôle des arrêts de travail par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ainsi que les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins.

On peut ainsi noter que l'évolution du volume des indemnités « maladie » et « accident du travail », rapporté à l'emploi a connu des

ruptures de tendance en 2004 puis en 2007 puisque l'on a enregistré :

- une forte progression de 2001 à 2003, qui s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- une forte baisse de 2004 à 2006, qui s'explique essentiellement par le développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et les engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins. Au cours de ces trois années, la valeur des dépenses d'indemnités journalières s'est stabilisée aux alentours de 10,4 milliards d'euros ;
- une reprise de la hausse du volume des dépenses d'indemnités journalières rapporté à l'emploi à partir de 2007 ; l'infléchissement observé fin 2010 pourrait s'expliquer par l'absence d'épisode grippal important lors de ce dernier trimestre.

Depuis 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées. Les sorties des patients hors de leur domicile soit ne sont pas autorisées, soit sont interdites de 9h à 11h et de 14h à 16h. Dans le cadre de la procédure d'alerte liée au dépassement de l'**ONDAM**, les contrôles des arrêts de travail sont renforcés : à partir du 1^{er} novembre 2007, ils sont devenus systématiques à partir de 45 jours d'arrêt au lieu de 60 jours auparavant. En 2008, a été introduit un dispositif permettant de suspendre le versement des IJ maladie lorsque le médecin diligenté par l'employeur conclut à l'aptitude au travail d'un salarié en arrêt maladie après accord du service du contrôle médical.

Après une première revalorisation de 1,8 % au 1^{er} janvier 2007, les indemnités journalières maladie de plus de 3 mois ont à nouveau augmenté de 1,1 % au 1^{er} janvier 2008, puis au 1^{er} janvier 2009.

Enfin, à partir du 1^{er} décembre 2010, le calcul des indemnités journalières versées par la CNAM, la MSA et le RSI est effectué sur une base de 365 jours au lieu de 360, ce qui devrait permettre une économie estimée à 110 millions d'euros en année pleine.

Définitions

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance-maladie.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 9-4.

« Les indemnités journalières », F. Lê, D. Raynaud, DREES, *Études et Résultats*, n° 592, septembre 2007.

Les indemnités journalières 2.3

Dépenses d'indemnités journalières

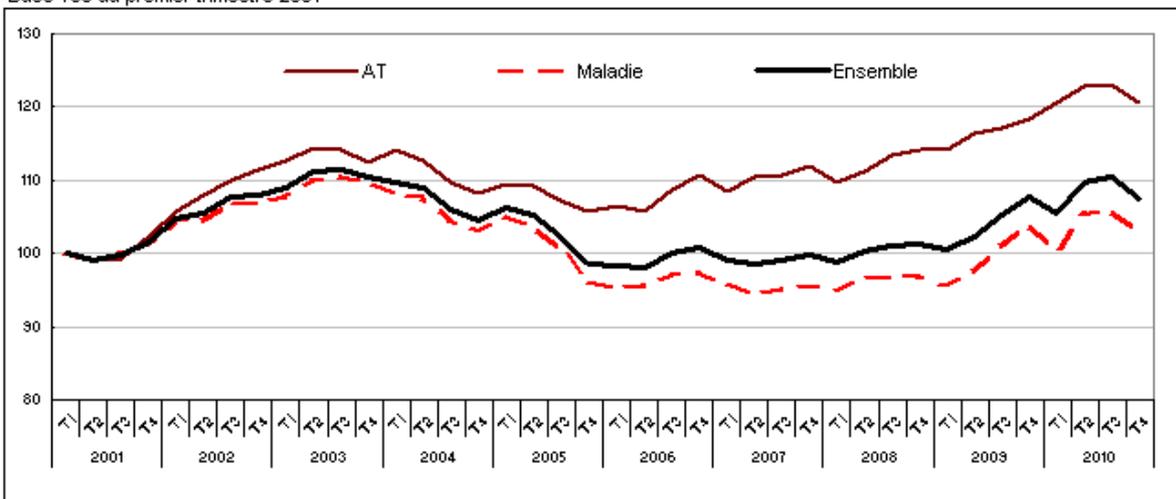
en millions d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	8 199	8 833	9 703	10 386	10 426	10 412	10 487	10 803	11 455	11 931	12 457
Maladie	4 622	4 981	5 519	5 924	5 892	5 802	5 691	5 845	6 215	6 458	6 770
Maternité	2 064	2 155	2 254	2 360	2 421	2 498	2 619	2 644	2 784	2 886	2 985
Accidents du travail	1 514	1 698	1 929	2 102	2 113	2 113	2 176	2 315	2 455	2 587	2 701
Evolution (en %)	9,4	7,7	9,8	7,0	0,4	-0,1	0,7	3,0	6,0	4,2	4,4

Sources : DREES, ensemble des régimes de base d'assurance-maladie - base 2005.

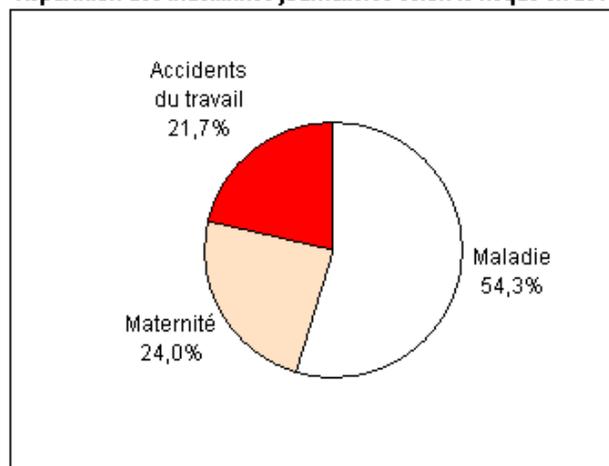
Évolution du volume d'indemnités journalières rapportées à l'emploi, pour les salariés du régime général

Base 100 au premier trimestre 2001



Sources : Cnamts (régime général des salariés) pour les IJ, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

Répartition des indemnités journalières selon le risque en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé.

2.4 La prévention institutionnelle

La consommation de services de **prévention institutionnelle** (ou organisée) s'élève à 5,9 milliards d'euros en 2010, dont 3,5 milliards pour la prévention individuelle et 2,4 milliards pour la prévention collective. Les dépenses de prévention collective qui avaient fortement augmenté en 2009 en raison des dépenses engagées pour lutter contre la grippe H1N1, reviennent ainsi au niveau atteint en 2008.

La **prévention individuelle** concerne les actions dont ont bénéficié individuellement des personnes, et dont la totalisation ne contient pas de double compte avec la consommation de soins et biens médicaux. On distingue :

- la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies.

La **vaccination** en est l'exemple type, mais sont présentées ici les seules dépenses de vaccination « organisée ». Il faut y ajouter les actions de la Protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail ;

- la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement ce qui exclut, au sens des comptes, les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). Le dépistage organisé concerne principalement les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, le SIDA et les hépatites. Avec les Plans Cancer 2003-2007 et 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 M€ en 2003 à 185 M€ en 2010. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires : le budget consacré à ces derniers a presque triplé entre 2003 et 2010 (50 M€), avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non « individualisables », c'est-à-dire non imputables à un individu. En raison de

la fusion des programmes 204 (Prévention et sécurité sanitaire) et 228 (Veille et sécurité sanitaire) de la LOLF en 2009, la nomenclature des dépenses de prévention collective est un peu modifiée. On distingue :

- la prévention collective à visée comportementale, qui comprend la lutte contre l'addiction (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, ainsi que l'éducation à la santé ;

- la prévention collective à visée environnementale, qui inclut l'hygiène du milieu (y compris la lutte anti-vectorielle), la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, veille, alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou crise, et la sécurité sanitaire de l'alimentation. C'est l'EPRUS (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) qui a géré les crédits de prévention de la grippe H1N1 : les dépenses de l'EPRUS ont atteint 453 M€ en 2009 contre 60 M€ en 2008.

Avec 5,9 milliards d'euros en 2010, les dépenses de prévention s'élèvent à 92 € par habitant : après avoir augmenté de 12,5 % en 2009 à cause de la lutte contre la pandémie grippale, elles diminuent de 8,3 %. Les dépenses de prévention organisée représentent 2,5 % de la dépense courante de santé.

L'État et les collectivités locales ont financé 60 % de ces dépenses en 2010 comme en 2009, la Sécurité sociale 16 % (18 % en 2009) et le secteur privé 24 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail, 23 % en 2009). Entre 1995 et 2010, cette structure a peu évolué ; elle n'a varié en 2009 qu'en raison de la part prise par la Sécurité sociale dans la prévention de la grippe H1N1 (majoration de la subvention annuelle versée à l'EPRUS par la CNAM et prise en charge de des bons de vaccination).

Définitions

Prévention institutionnelle : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, puisqu'elle ignore la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses dans la CSBM. Des études conduites par l'IRDES et la DREES (*Études et résultats*, n° 504, DREES, juillet 2006) ont estimé l'ensemble des dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros en 2002, soit 6,4 % de la dépense de santé, contre 4,7 milliards pour les seules dépenses isolées dans les Comptes de la santé en 2002.

Vaccination : elle comporte les vaccins et leur administration ; cette dernière fait partie de la CSBM et n'est pas statistiquement isolable. Selon l'Afssaps, la consommation de vaccins se monte à 900 millions d'euros en 2010. Seuls les vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS (135 millions en 2010) font partie de la prévention au sens des Comptes de la santé ; le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus dans la CSBM.

Pour en savoir plus

Rapport de la Commission d'enquête parlementaire sur la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) du 13 juillet 2010.

Rapports annuels de performances annexés au PLR 2009, programme 204 « Santé publique et prévention », compte financier de l'EPRUS, et au PLR 2010.

La prévention institutionnelle 2.4

Dépenses de prévention institutionnelle

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	5 054	5 263	5 467	5 720	6 474	5 939
<i>Evolution en %</i>	1,1	4,1	3,4	2,7	13,2	-8,3
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 412	2 493	2 597	2 707	2 821	2 831
Vaccins *	97	101	104	107	132	112
PMI - Planning familial	619	632	653	677	694	724
Médecine du travail	1 334	1 370	1 407	1 465	1 507	1 513
Médecine scolaire	362	390	434	458	488	482
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	502	519	569	588	623	652
Dépistage des tumeurs	143	143	159	172	182	185
Dépistage et lutte contre les maladies infectieuses	149	164	189	174	186	211
Autres pathologies - qualité de vie	12	15	14	18	21	25
Examens de santé	173	170	175	177	184	182
Bilans bucco-dentaires	25	27	32	48	51	49
PREVENTION COLLECTIVE	2 140	2 251	2 301	2 424	3 030	2 456
A visée comportementale	444	462	507	474	505	509
Campagne en faveur des vaccinations	29	27	27	26	26	27
Lutte contre l'addiction	69	74	90	91	93	100
Information, promotion, éducation à la santé	346	361	390	357	386	382
A visée environnementale	1 696	1 788	1 794	1 951	2 525	1 948
Hygiène du milieu **	470	489	492	513	521	540
Prévention des risques professionnels	377	380	394	417	419	425
Prévention et lutte contre la pollution	202	181	145	156	157	208
Observation, veille, recherche, réglemets ***	129	104	117	129	137	140
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	10	32	93	97	580	71
Sécurité sanitaire de l'alimentation	508	601	553	638	712	563

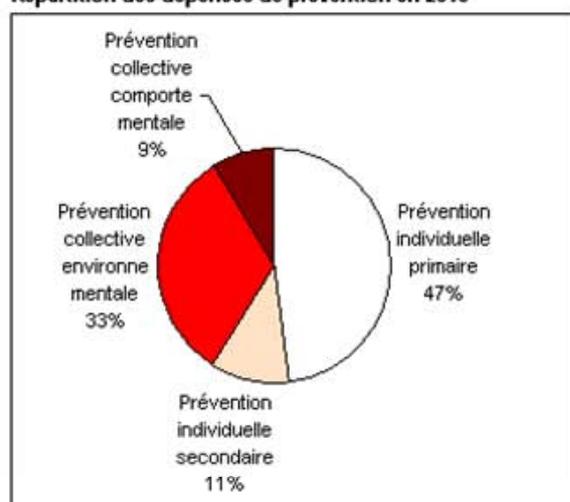
* selon l'AFSSAPS, les dépenses totales de vaccination s'élèvent à 900 millions d'euros en 2010.

** y compris lutte anti-vectorielle

*** Rédaction et mise en application des réglemets concernant la veille et la sécurité sanitaire, recherche en prévention sanitaire.

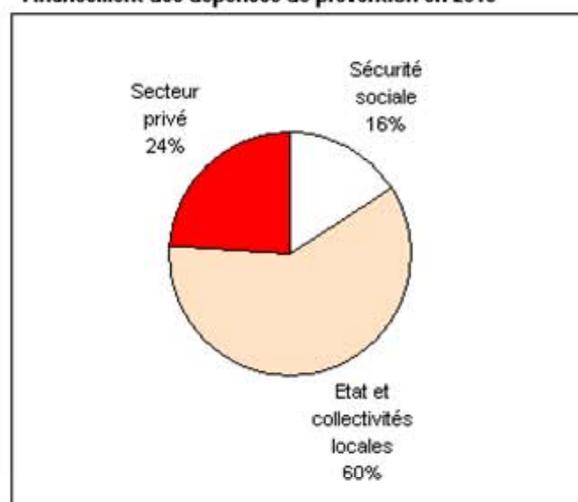
Sources : calculs DREES.

Répartition des dépenses de prévention en 2010



Sources : calculs DREES.

Financement des dépenses de prévention en 2010



Sources : calculs DREES.

2.5 Les dépenses en faveur du système de soins

Les dépenses courantes en faveur du système de soins comprennent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux ;

En base 2005, le contour des subventions au système de soins a été revu pour prendre en compte de nouveaux dispositifs non pris en compte en base 2000.

En Base 2005, les **subventions au système de soins** comprennent :

- la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé, soit 2 milliards d'euros en 2010. Mise en place en 1960 pour les médecins, cette prise en charge avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements). Depuis, ce dispositif a été étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, dentistes, sages-femmes...) ;
- la dotation versée par l'assurance maladie au **FIQCS** qui contribue à l'amélioration du système de soins de ville, soit 228 millions d'euros en 2010 ;
- **l'aide à la télétransmission**, soit 86 millions d'euros en 2010.

Les dotations versées à d'autres fonds sont comptabilisées par ailleurs : celles de l'INPES ou de l'EPRUS dans les dépenses de prévention, celles de la HAS ou de l'ATIH dans les coûts de gestion du système de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** est évaluée à 7,6 milliards d'euros en 2010, soit 117 euros par habitant. En 2001, les financements publics et privés étaient équivalents. Depuis, la place du secteur privé a progressé et atteint 57 % en 2010.

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIREs (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Instituts Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc. ;

- la part liée à la santé dans les financements de l'ANR (agence nationale de la recherche) ;

- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;

- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires ;

- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;

- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives).

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,9 milliard d'euros en 2010, soit une hausse de 4,3 % par rapport à 2009. Cette hausse est due à l'augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire. Elle est également due à la hausse des coûts des formations sanitaires et sociales relevant de la compétence des régions depuis 2005. Depuis la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux en 2005, on observe une forte croissance de cette dépense.

L'État et les régions assurent l'essentiel du financement de la formation (près de 90 %). La Sécurité sociale contribue au financement de la formation continue des médecins. Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'Institut Pasteur autofinancent la formation qu'ils dispensent.

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, créé en 2007 et résultant de la fusion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (créé en 1999) et de la Dotation nationale de développement des réseaux (créée en 2002).

Aide à la télétransmission : elle a figuré dans les charges de gestion courante de la Cnam jusqu'en 2009 ; elle a donc été retranchée jusqu'en 2009 des coûts de gestion de la Cnam figurant dans la fiche 2.6.

Recherche médicale et pharmaceutique : une partie de ces dépenses figure déjà dans la CSBM : il s'agit du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) qui figure dans la dépense hospitalière, ainsi que de la recherche de l'industrie pharmaceutique qui figure dans la dépense de médicament. C'est pourquoi la dernière ligne des tableaux présentant les dépenses de santé par type de financeur est intitulée « double compte ». Cette ligne retranche de la dépense courante de santé les frais de recherche qui seraient sinon comptés deux fois.

Pour en savoir plus

« Méthodologie de la base 2005 des Comptes de la santé », *Document de travail*, DREES, à paraître.

Les dépenses en faveur du système de soins **2.5**

Les dépenses en faveur du système de soins

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	9 971	10 633	10 859	11 205	11 452	11 820
<i>Evolution en %</i>	4,3	6,6	2,1	3,2	2,2	3,2
Subventions au système de soins *	2 270	2 277	2 074	2 190	2 226	2 354
<i>dont PAM</i>	2 113	2 086	1 863	1 880	1 958	2 040
<i>dont FIQCS et aide à la télétransmission</i>	157	191	211	310	268	314
Recherche médicale et pharmaceutique **	6 621	7 035	7 243	7 354	7 443	7 606
Formation des personnels médicaux	1 080	1 320	1 542	1 660	1 784	1 860

* Prise en charge par l'assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé, FIQCS et aide à la télétransmission.

** y compris "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : DREES, ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Recherche médicale et pharmaceutique

en millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	6 621	7 035	7 243	7 401	7 511	7 606
<i>Evolution en %</i>	0,2	6,3	3,0	2,2	1,5	1,3
Financements budgétaires	3 096	3 097	3 116	3 191	3 301	3 303
Budget civil de recherche et développement	1 993	1 961	1 924	1 851	1 890	1 891
Universités et hôpitaux *	1 103	1 136	1 192	1 340	1 412	1 412
Autres financements	3 524	3 938	4 127	4 210	4 210	4 303
Industries pharmaceutique et matériel médical **	3 398	3 810	4 012	4 094	4 094	4 186
Secteur associatif	126	128	115	116	116	116

* y compris PHRC repris dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

** Ligne reprise dans la ligne "double compte" des tableaux de financement par type de financeur.

Sources : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

2.6 Les coûts de gestion du système de santé

*Les coûts de gestion de la santé ont fait l'objet d'une révision pour la base 2005. En effet, l'introduction de la LOLF a entraîné une révision des coûts de gestion engagés par l'État, et l'exploitation de données sur les organismes complémentaires (OC) recueillies par l'**Autorité de contrôle prudentiel (ACP)** une révision des coûts de gestion des OC.*

Les **coûts de gestion** du système de santé sont évalués à 15,9 milliards d'euros en 2010. Ils comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (y compris les contributions versées aux **ARS**) ;
 - des organismes complémentaires : mutuelles, assurances et institutions de prévoyance ;
 - du Fonds CMU,
- ainsi que :
- le budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé (y compris celui des ARS) ;
 - les financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (**HAS, ATIH, CNG, ANAP**) ou à la compensation des accidents médicaux (**ONIAM**).

Concernant l'assurance-maladie, sont comptabilisés les coûts de gestion des différents régimes (hors aide à la télétransmission retracée avec les subventions au système de soins). Ces coûts s'élèvent à 7,8 milliards d'euros en 2010.

Depuis le passage à la LOLF en 2005, il n'existe plus de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les Comptes de la santé :

- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget du programme 171 (offre de soins et qualité du système de soins), hors subventions à la HAS, à l'ATIH et au CNG ;
- le budget de fonctionnement de la 1^{ère} action (pilotage de la politique de santé publique) du

programme 204 (prévention et sécurité sanitaire).

Au total, le montant retenu pour le ministère chargé de la santé est de 0,7 milliard d'euros en 2010.

Pour les opérateurs publics (HAS, CNG, ATIH, ANAP et ONIAM), le montant des financements publics ou prélèvements affectés s'est élevé à 0,2 milliard d'euros en 2010. Les autres opérateurs publics tels que l'INPES, l'InVS ou l'EPRUS sont déjà comptabilisés dans les dépenses de prévention (fiche 2.4).

Pour l'année 2009, les coûts de gestion des organismes complémentaires ont été évalués à partir des données recueillies par l'ACP. Pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (IP), ces coûts sont proches de ceux de la base 2000 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles et 0,9 milliard d'euros pour les IP en 2009. En revanche, les coûts de gestion des prestations maladie versées par les sociétés d'assurance ont fait l'objet d'une révision importante. En effet, lors de la base 2000, il n'existait pas d'information spécifique sur ces coûts. La structure des prestations versées par les sociétés d'assurance étant proche de celles des prestations des IP, le ratio « coûts de gestion / prestations versées » des IP avait été appliqué aux sociétés d'assurance, dont les coûts de gestion avaient ainsi été estimés à 1 milliard d'euros pour l'année 2009. L'exploitation des données ACP montre que les sociétés d'assurances engagent en réalité des frais d'acquisition de contrats (notamment en publicité) beaucoup plus importants que les IP, et que leur ratio coûts/prestations est nettement plus élevé. Pour la base 2005, les coûts de gestion des sociétés d'assurance ont ainsi été évalués à 2,3 milliards d'euros en 2009. Le ratio coûts/prestations calculé pour les sociétés d'assurance à partir des données ACP a été utilisé pour rétropoler les coûts de gestion de ces organismes en base 2005.

Définitions

Autorité de contrôle prudentiel (ACP) : créée en janvier 2010 par fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'ACP recueille des états de contrôle prudentiel ainsi que des états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire.

ARS : Agence régionale de santé, **HAS** : Haute autorité de santé, **ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, **CNG** : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, **ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance, **ONIAM** : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Pour en savoir plus

« Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », M. Garnero, C. Zaidman, DREES, octobre 2010.

Les coûts de gestion du système de santé 2.6

Coût de gestion du système de santé

en millions d'euros

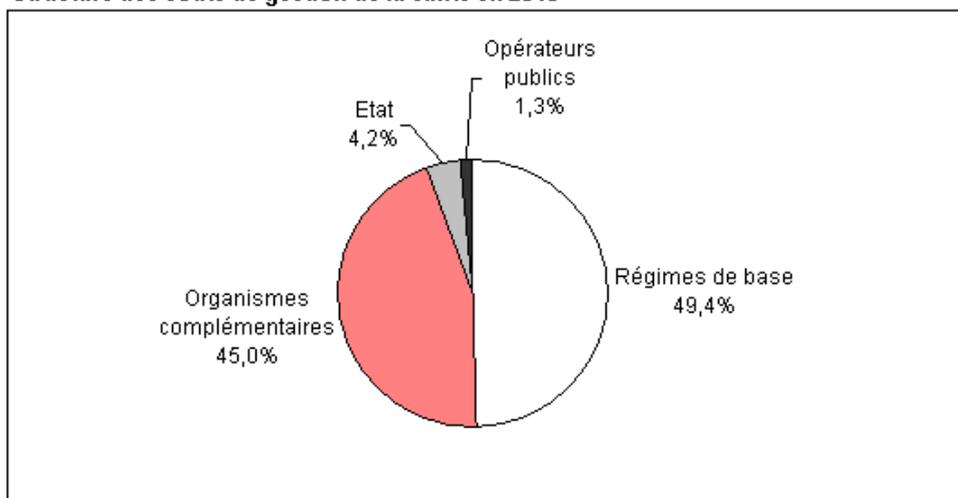
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble	13 948	14 645	14 523	15 056	15 494	15 871
<i>Evolution en %</i>	6,0	3,7	-0,8	3,7	2,9	2,4
Principaux organismes gérant le risque maladie *	7 716	7 938	7 535	7 646	7 671	7 846
Organismes complémentaires	5 512	5 990	6 237	6 572	6 878	7 142
- Mutuelles	3 076	3 319	3 416	3 536	3 661	3 811
- Institutions de prévoyance	657	781	846	915	890	911
- Assurances	1 778	1 888	1 974	2 120	2 326	2 419
- Fonds CMU	1	1	1	1	1	1
Ministère chargé de la Santé	602	632	665	683	702	674
Opérateurs publics (HAS, ATIH, CNG, ANAP et ONIAM) **	118	85	86	155	244	209

* Cnamts, MSA, RSI, autres régimes : frais de gestion hors aide à la télétransmission comptée en subvention au système de soins.

** les frais de gestion des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (INPES, INV's, ABM, INTS, AFSSAPS, EPRUS).

Sources : DREES, Comptes de la Protection Sociale ; DSS, comptabilité des organismes de sécurité sociale ; calculs DREES à partir des données ACP pour les organismes complémentaires.

Structure des coûts de gestion de la santé en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé.

3.1 Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé

La **dépense totale de santé** (DTS) est le principal agrégat utilisé pour les comparaisons internationales entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2003.

Dans tous les pays de l'OCDE, la DTS progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. Cette part est passée de 7,8 % du PIB en 2000 à 9,7 % en 2009 dans l'ensemble des pays de l'OCDE ; elle a très fortement progressé en raison de la diminution du PIB intervenue en 2009.

La DTS de la France présentée ici est toujours celle calculée en base 2000 ; elle représente 11,8 % du PIB en 2009, ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. La France se place ainsi en 3^{ème} position, derrière les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (11,9 %) et à un niveau légèrement supérieur à celui de l'Allemagne (11,6 %), du Danemark (11,5 %) et de la Suisse (11,4 %). Lorsque l'on considère la **dépense courante de santé** (hors dépense en capital), l'écart entre la France et la Suisse se réduit sensiblement : la DCS représente 11,5 % du PIB pour la France en 2009 et 11,4 % pour la Suisse.

La France se situe à un niveau légèrement plus élevé que la moyenne de l'OCDE (au dixième rang) pour la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (**PPA**). Celle-ci est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques uns de nos voisins européens : Allemagne, Autriche, Norvège, Pays-Bas, Luxembourg et Suisse.

En 2009, la part des produits et des services de santé dans l'ensemble des produits et

services effectivement consommés par les particuliers est de 13 % pour les pays de l'OCDE. En France, cette part de la consommation de santé est également un peu plus élevée que la moyenne de l'OCDE (16 %), mais très proche des niveaux observés dans plusieurs pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas) et nettement inférieure aux niveaux observés aux États-Unis (20 %).

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence, car le passage de la Dépense nationale de santé (ancienne définition de l'OCDE) à la Dépense totale de santé (définition commune à l'OCDE, Eurostat et à l'OMS) se fait à des rythmes différents selon les pays. Les principales modifications concernent l'intégration des dépenses liées au handicap et à la dépendance, ainsi que la prise en compte de la formation brute de capital fixe du secteur privé (hospitalisation privée et professionnels libéraux).

Ce changement de définition s'est traduit par une hausse de +0,5 point de PIB du ratio « dépense de santé / PIB » pour la France. En effet, pour la France, la DTS est évaluée à partir de la dépense courante de santé (DCS) diminuée des dépenses d'indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation et prévention liée à l'environnement), et des dépenses de recherche et de formation médicales, mais augmentée des dépenses en capital du secteur de la santé (ou formation brute de capital fixe) et de certaines dépenses sociales liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance.

Définitions

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé plus les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) : elle comprend la CSBM, les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, les indemnités journalières, les dépenses de prévention, de recherche médicale et pharmaceutique, de formation médicale, les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé.

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer lors de la conversion les différences de niveau des prix entre pays.

Pour en savoir plus

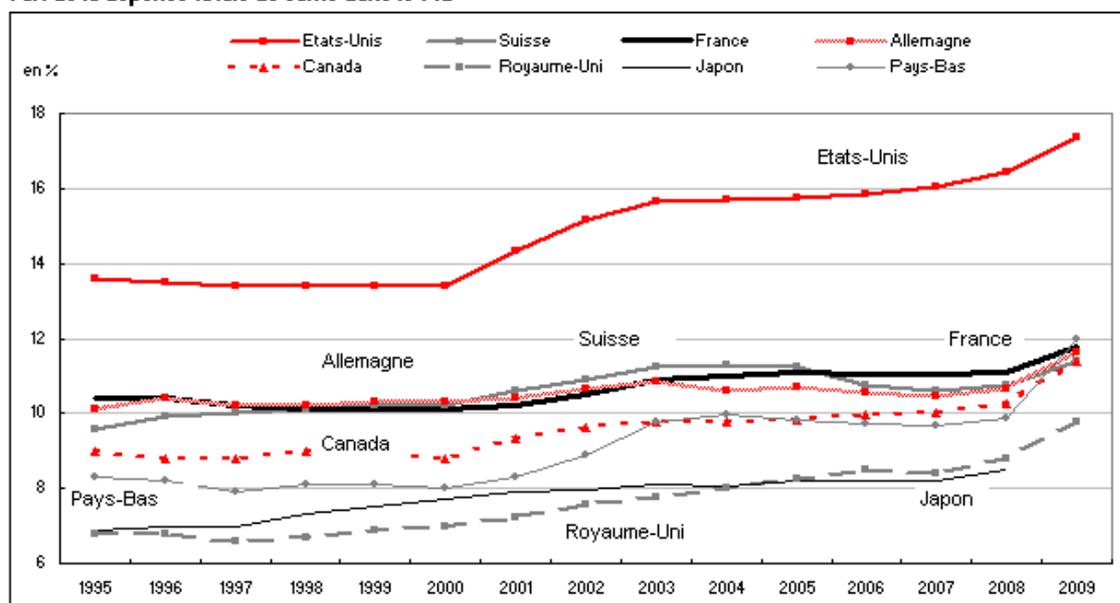
« Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/health/sha.

« Méthodologie de la base 2000 des Comptes de la santé », A. Fenina, Y. Geffroy, Document de travail - Série Statistiques, n° 99, DREES, juillet 2006.

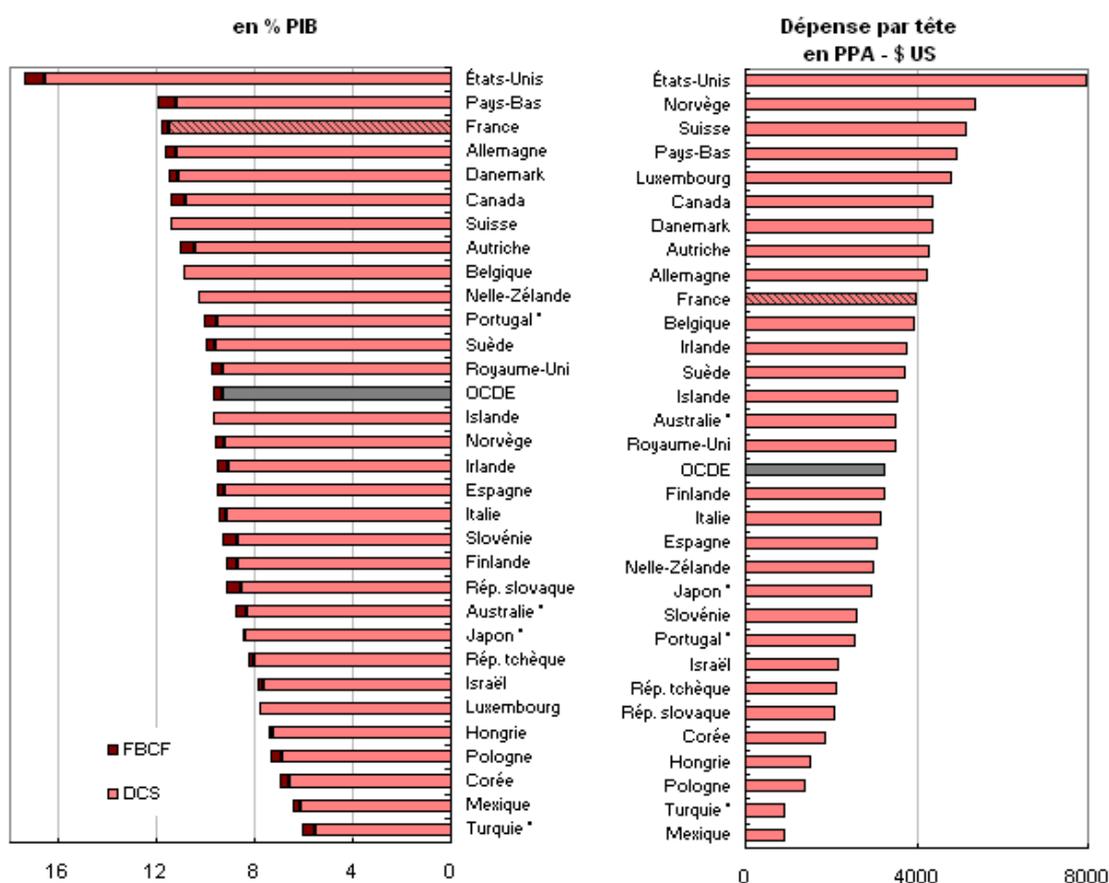
Comparaisons internationales de la Dépense totale de santé 3.1

Part de la dépense totale de santé dans le PIB



Source : Eco-Santé OCDE 2011.

Dépense totale de santé en 2009



* Données 2008

Source : Eco-Santé OCDE 2011.

3.2 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Avec 78 milliards d'euros en 2009 (évaluation base 2000), les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 45 % de la consommation individuelle de soins et biens médicaux française ce qui place la France en 3^{ème} position par rapport aux autres pays de l'OCDE, derrière la Norvège et les Pays-Bas et au même niveau que l'Autriche.

Ces positions relatives doivent être examinées avec prudence : elles dépendent en effet étroitement de l'organisation des soins et en particulier de l'organisation de la chirurgie ambulatoire dont le développement s'effectue à des rythmes variables selon les pays. La chirurgie ambulatoire est, par exemple, restée interdite en Allemagne jusqu'en 1990, alors qu'elle se développait rapidement en France, d'où les écarts importants entre les deux pays. Lorsque, pour la France, on enlève l'hospitalisation de jour des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et biens médicaux passe à 37,7 %, ce qui place notre pays à la 8^{ème} position.

Dans le système international des comptes de la santé, deux approches sont utilisées concernant l'analyse des dépenses, celle par types de soins et celle par types de producteurs, comme l'illustre le cas des établissements hospitaliers.

L'hôpital en tant que producteur correspond à l'entreprise qui assure les soins : ainsi les montants des cliniques privées ne concernent que les dépenses de l'établissement et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant. Ces derniers sont producteurs de soins de médecins. A contrario les consultations externes des hôpitaux publics sont dans cette approche classées avec l'hôpital.

L'hôpital sous l'angle des soins correspond aux montants dépensés en hospitalisation complète : ainsi les consultations externes des hôpitaux publics sont reclassées en ambulatoire, les soins de moins de 24H publics et privés en soins de jour et les honoraires des médecins libéraux exerçant en hospitalisation complète réintégrés à l'hôpital privé.

L'approche par type de producteurs permet de manière complémentaire de mettre en lumière le rôle de l'hôpital en tant que prestataire de soins : la part de l'hôpital dans la consommation de soins et biens médicaux est de 42 % pour la France en 2009 (y compris les soins de longue durée) mais les niveaux des autres pays peuvent également varier de façon significative. La France se place alors à un niveau proche de celui de ses voisins européens.

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour les équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus**. Ce nombre s'élève à 3,5 lits pour 1 000 habitants en France pour 3,7 en moyenne dans l'OCDE. La tendance générale est à la réduction du nombre de lits, passé de 4,7 pour 1 000 habitants en 1995 à 3,7 en 2009. Le nombre important de lits de soins aigus observé en Allemagne ou en Autriche est lié au moindre développement de l'hospitalisation de jour dans ces deux pays.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, et donc un coût journalier plus élevé. La France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,2 jours contre 6,3 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette durée moyenne de séjour a baissé dans tous les pays : elle est passée de 8,7 jours en 1995 à 6,3 jours en 2009.

Définitions

La Consommation individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison correspond en fait à la CSBM des comptes de la santé : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins de ville, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

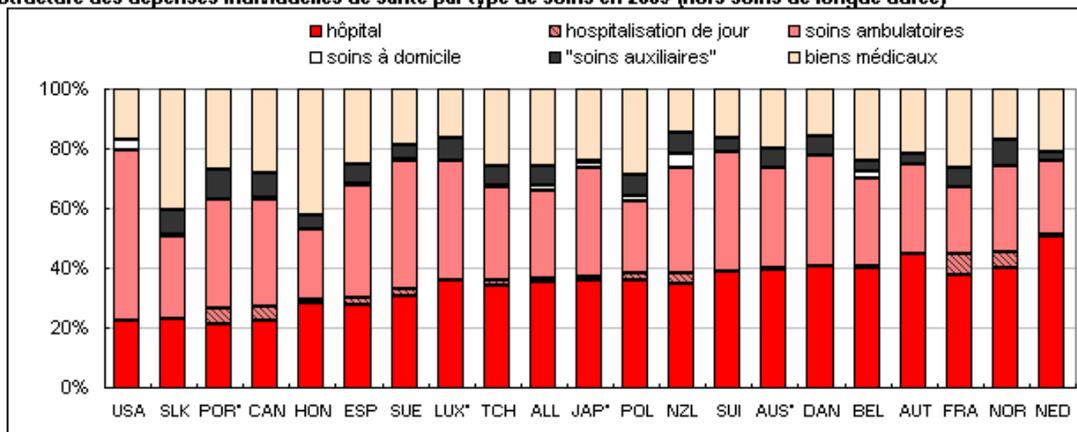
Durée moyenne d'hospitalisation : elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties.

Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Comparaisons internationales des dépenses hospitalières 3.2

Structure des dépenses individuelles de santé par type de soins en 2009 (hors soins de longue durée)

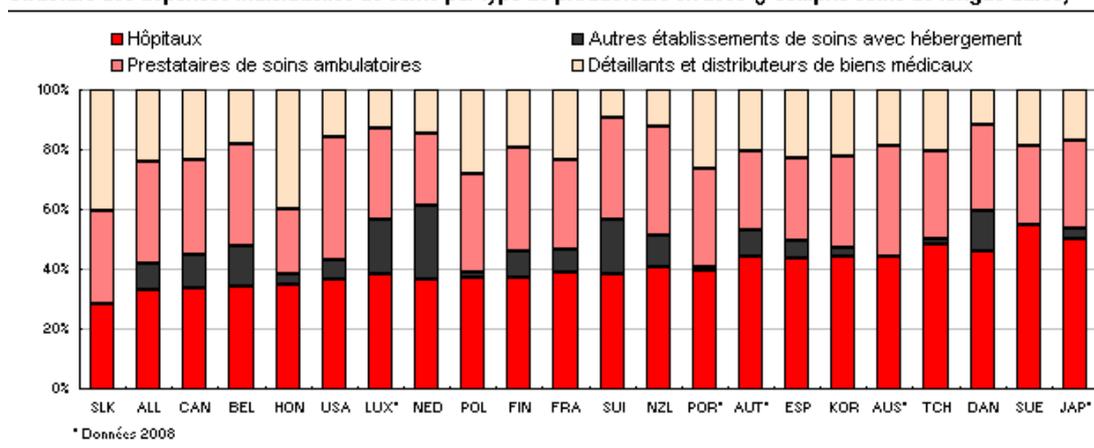


Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.

Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

* Données 2008

Structure des dépenses individuelles de santé par type de producteurs en 2009 (y compris soins de longue durée)

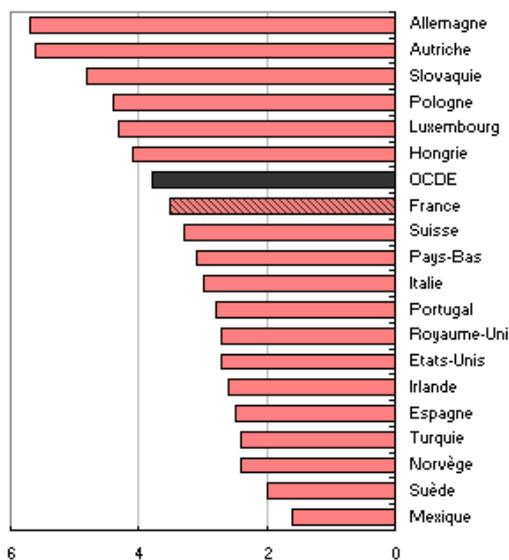


Note de lecture : la structure présentée ici est calculée sur l'ensemble des soins (y compris soins de longue durée).

Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

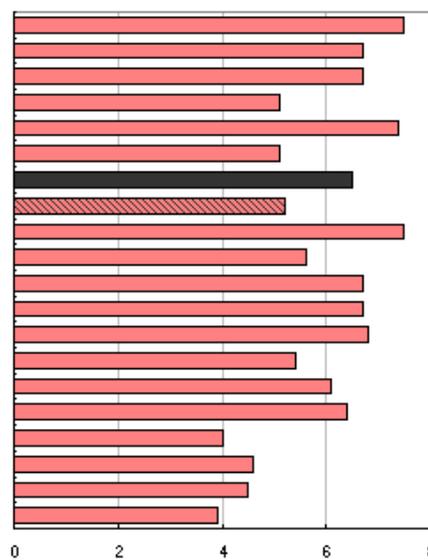
* Données 2008

Nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants en 2009



Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

Durée moyenne de séjour en soins aigus en 2009



Sources : Eco-Santé OCDE 2011.

3.3 Comparaisons internationales sur les médecins

En 2009, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins** en activité par habitant était de 3,1 médecins pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette densité est extrêmement variable entre les pays puisqu'elle va de moins de 2 médecins pour 1 000 habitants en Corée ou en Turquie à 4 médecins pour 1 000 habitants en Belgique et 6 en Grèce. La France se situe un peu au-dessus de la moyenne, avec 3,3 médecins pour 1 000 habitants.

Cette densité de médecins a fortement augmenté durant les 30 dernières années, mais son rythme de croissance se ralentit nettement depuis 1990 dans pratiquement tous les pays. Ainsi, alors qu'elle avait augmenté à un rythme moyen de 3 % par an entre 1975 et 1990 dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, son rythme de croissance est devenu inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2009 pour ces mêmes pays. Seuls l'Autriche et le Royaume-Uni ont enregistré sur cette dernière période des taux de croissance supérieurs à ceux de la première période. En effet, de nombreux pays ont mis en place un « numerus clausus » dans les années 1980-1990, afin de tenter de ralentir la hausse des dépenses de santé.

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes/généralistes est passé en moyenne de 1,5 en 1990 à 2,2 en 2009, avec une grande hétérogénéité entre les pays. En France, on compte autant de spécialistes que de généralistes, comme au Portugal, au

Canada ou en Australie. Mais en Allemagne, au Royaume-Uni, aux États-Unis, dans les pays scandinaves ou d'Europe centrale, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les omnipraticiens. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la catégorie « autres ».

Dans certains pays (l'Australie, le Canada, le Danemark, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste.

Le nombre de **consultations** par habitant est de 6,7 consultations par an en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2009. Mais cette moyenne recouvre des disparités très importantes : moins de 3 consultations par an en Suède ou au Mexique, pour plus de 11 en Hongrie, en République Tchèque, en Corée ou au Japon. La France se situe dans la moyenne, avec 6,9 consultations par an.

Le nombre de consultations par médecin est de 2 500 en moyenne par an. Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE : le nombre de médecins a en effet augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

En revanche, les dépenses par médecin ont augmenté dans la plupart des pays : la hausse moyenne est de 30 % en 15 ans. Elle est due à l'accroissement du revenu national mais aussi à l'amélioration de la qualité technique des soins médicaux.

Définitions

Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la France, la Grèce, les Pays-Bas et la Turquie incluent le nombre de médecins non pratiquants mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse pour les consultations de généralistes).

Pour en savoir plus

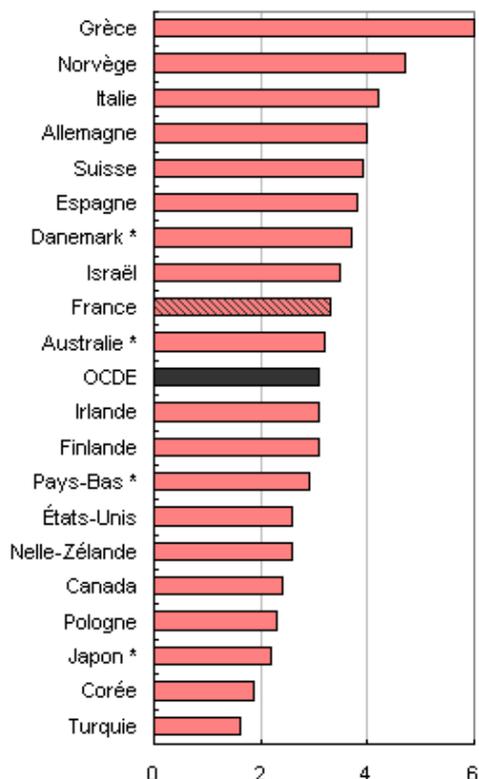
« Panorama de la santé – 2011 », OCDE, à paraître.

Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Comparaisons internationales sur les médecins 3.3

Médecins en activité en 2009

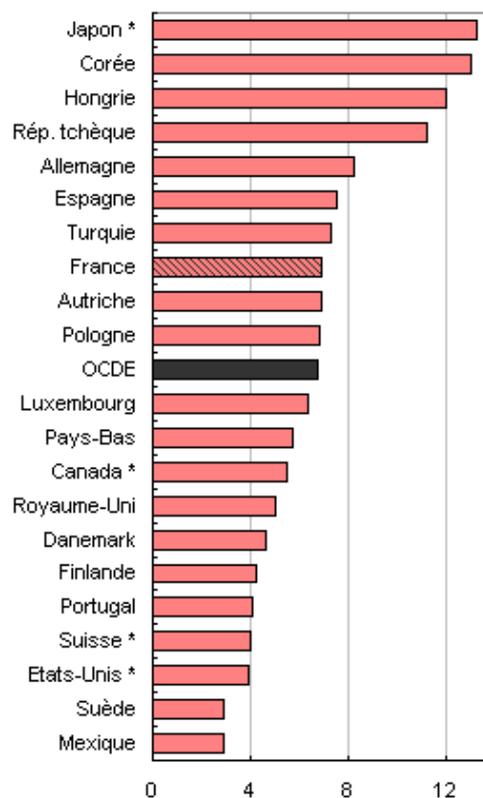
Densité pour 1 000 habitants



* Données 2008.

Sources : Eco-santé OCDE 2011.

Nombre de consultations par habitant en 2009

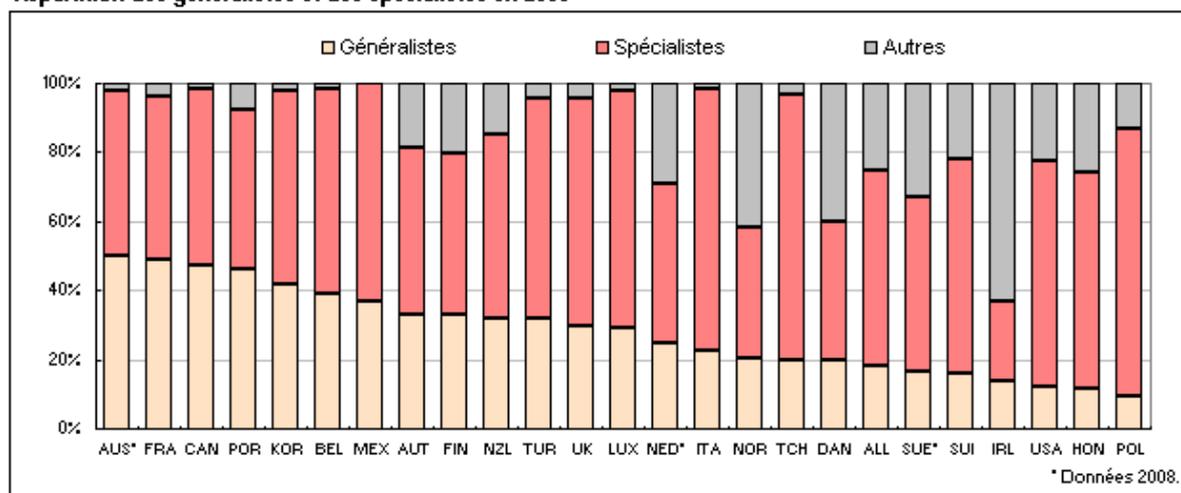


* Données 2008.

** Hors consultations privées de spécialistes pour le Royaume-Uni, hors visites des médecins libéraux pour le Portugal et la Turquie.

Sources : Eco-santé OCDE 2011.

Répartition des généralistes et des spécialistes en 2009



* Données 2008.

Spécialistes : y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.

Autres : internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins.

Source : Eco-santé OCDE 2011.

3.4 Comparaisons internationales sur les médicaments

Selon l'OCDE, en 2009, la dépense française de produits pharmaceutiques (médicaments et pansements) rapportée au nombre d'habitants se situe au 4^{ème} rang mondial, derrière celle des États-Unis, du Canada et de l'Irlande, à un niveau très proche de celui de la Belgique et de l'Espagne.

Dans les pays de l'OCDE, les fonds publics couvrent en moyenne 60 % des **dépenses pharmaceutiques**, proportion très inférieure à celles des soins hospitaliers ou ambulatoires. Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication.

Globalement, on estime qu'entre 1995 et 2009, le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant a augmenté en moyenne de plus de 50 %, en valeur réelle, dans les pays de l'OCDE. En effet, dans la plupart des pays, la progression des dépenses pharmaceutiques a été supérieure à celle de leurs dépenses totales de santé sur la période.

Les pays de l'OCDE présentent des différences importantes quant au volume ou à la structure de la consommation ou encore à la politique de prix des médicaments.

En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières pour que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. Ces incitations peuvent concerner les

médecins prescripteurs (complément de rémunération si respect d'un objectif de prescriptions) ou les pharmaciens (alignement des marges des médicaments **génériques** sur celles des médicaments **princeps**).

En 2010, la France reste l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne lorsqu'on le mesure en **unités standardisées** (SU) par habitant. Avec 1 438 SU par habitant, la consommation française est en effet de 40 % supérieure à celle observée dans les pays voisins.

En la mesurant en chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant, la consommation française de médicaments s'avère encore supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni). En effet, la structure de la consommation pharmaceutique française se caractérise par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux. Elle est toutefois devenue inférieure à celle de la Suisse ou du Danemark.

La pénétration des **génériques** dans le **répertoire** a fortement progressé en France ces dernières années. Toutefois, la prescription des **génériques** est encore limitée en France par rapport aux pratiques observées chez ses voisins européens. En 2009, le taux de pénétration moyen des **génériques** est de seulement 33 % en France contre 47 % en Allemagne et 56 % aux Pays-Bas.

Définitions

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments délivrés sur ordonnance, l'automédication, mais aussi les achats d'autres produits médicaux non durables tels les pansements.

Générique : médicament ayant le même principe actif que le médicament **princeps** qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Répertoire : liste révisée régulièrement des médicaments princeps et génériques.

Unités standardisées (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

Pour en savoir plus

Base de données « Eco-santé 2011 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

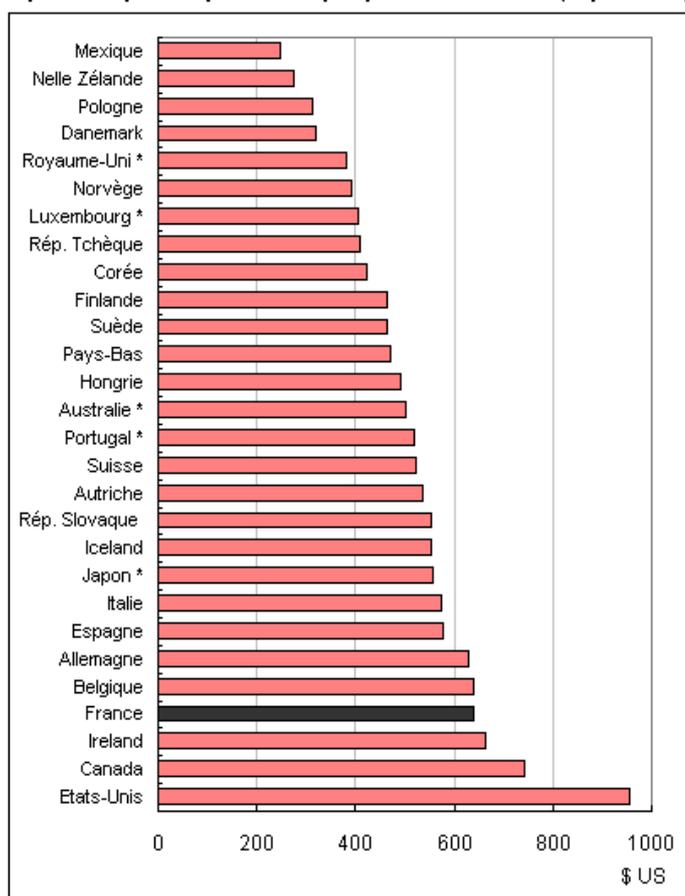
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 10-3.

« Comparaisons européennes sur 8 classes de médicaments », CNAM, *Points de repère*, n° 12, décembre 2007.

« Le marché du médicament dans 5 pays européens en 2004 », DREES, *Études et Résultats*, n° 502, juillet 2006.

Comparaisons internationales sur les médicaments 3.4

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2008 (en parités de pouvoir d'achat)



* Données 2008.

Sources : Eco-santé OCDE 2011.

Chiffre d'affaires HT et quantités vendues par habitant en 2010

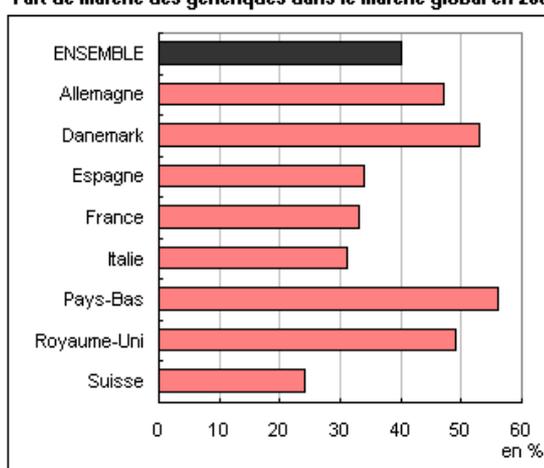
	CAHT (€) par hab.	Nb de boîtes par hab.	Nb d'unités standard par boîte	Nb d'unités standard par hab.
Ensemble des 8 pays	258	29	39	1 112
Allemagne	315	18	61	1 078
Danemark	349	15	66	1 007
Espagne	239	30	37	1 102
France	336	48	30	1 438
Italie	201	31	26	791
Pays-Bas	189	17	40	672
Royaume-Uni *	167	26	49	1 276
Suisse	366	20	53	1 072

* les données IMS ne tiennent pas compte des ventes ne passant pas par les officines. Celles-ci sont sensiblement plus importantes au Royaume-Uni.

Sources : DREES – données IMS Health ;

Eco-Santé 2010 OCDE pour la population.

Part de marché des génériques dans le marché global en 2009



Lecture : en France, les génériques représentent 33% des unités standard vendues contre 56 % aux Pays-Bas.

Sources : DSS/6B – IMS Health.

4.1 Le financement des principaux types de soins

Avec les nouveaux contours de la CSBM en base 2005, la structure de financement des soins se déforme légèrement par rapport à celle de la base 2000. Sur l'année 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe de 77 % en base 2000 à 76,8 % en base 2005, et celle de l'État (AME + CMU-C org. de base) de 1,3 % à 1,2 %. La part des organismes complémentaires passe de 13,2 % à 13,0 % tandis que celle des ménages passe de 8,4 % à 9,0 %. Toutefois, les tendances précédemment observées perdurent.

En base 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** recule d'un point entre 2005 et 2010, passant de 76,8 % à 75,8 % pour l'année 2010. Elle avait diminué de 0,5 point entre 2005 et 2006, en raison de la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses et du début de la politique de déremboursement de certains médicaments. Elle a à nouveau reculé en 2008 avec la mise en place de franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports de malades. Mais depuis 2008, la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau légèrement : en l'absence de mesure tarifaire importante, c'est la progression du nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (assurés en ALD) qui redevient prépondérante.

Sur la même période, le reste à charge des ménages a connu une évolution symétrique passant de 9,0 % en 2005 à 9,7 % en 2008, puis diminuant à 9,4 % en 2010. Enfin, la part des organismes complémentaires a quant à elle augmenté de façon continue, passant de 13,0 % en 2005 à 13,5 % en 2010.

Parmi les trois grands postes de la CSBM, c'est pour le **secteur hospitalier** que la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée : 90,9 % en 2010. Représentant 92,1 % en 2005, cette part recule légèrement depuis. Cette diminution s'est essentiellement reportée sur la part des organismes complémentaires (+0,9 point). Cette évolution résulte notamment de la hausse du forfait journalier hospitalier (passé de 9 € en 2004 à 12 € en 2007, puis 13,5 € en

2010 pour la psychiatrie, et de 13 € à 16 € puis 18 € en 2010 pour les autres hospitalisations), de la hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP), et de la mise en place en septembre 2006 du forfait de 18 € par acte « lourd ».

Entre 2000 et 2008, la part des **soins de ville** prise en charge par la Sécurité sociale était orientée à la baisse tandis que, symétriquement, le reste à charge des ménages progressait. En particulier, en 2006, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,5 point avec la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses, et à nouveau en 2008 avec la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. En 2009-2010, le reste à charge des ménages recule légèrement tandis que la part des organismes complémentaires augmente. En 2010, la part de la Sécurité sociale est de 63,2 % sur les soins de ville, celle des organismes complémentaires est de 22,3 % et le reste à charge des ménages de 12,7 %.

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale avait fortement augmenté entre 1995 et 2005 en raison de l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100 %, correspondant pour l'essentiel au traitement des affections de longue durée (ALD). Cette tendance s'est inversée entre 2005 et 2008, le taux de remboursement par la Sécurité sociale passant de 68,0 % en 2005 à 65,4 % en 2008, soit un recul de 2,6 points en 3 ans.

Symétriquement, le reste à charge des ménages, avait augmenté de 4,2 points sur ces 3 années, passant de 13,0 % à 17,2 %, notamment avec l'instauration en 2008 d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments. Depuis 2008, il recule à nouveau et s'établit à 16,3 % en 2010 : les ménages ralentissent leur consommation de médicaments non remboursables et l'effet ALD (remboursement à 100 %) perdure.

Définitions

CSBM : Consommation de biens et services médicaux.

Soins de ville : soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes), analyses médicales et cures thermales.

Pour en savoir plus

« 55 années de dépenses de santé : une rétopolation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Études et résultats*, n° 572, DREES, mai 2007.

Le financement des principaux types de soins 4.1

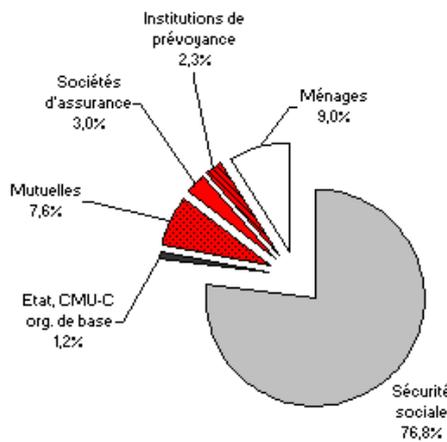
Evolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

en %

	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CSBM								
Sécurité sociale	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
Etat, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
Soins hospitaliers								
Sécurité sociale	92,2	91,9	92,1	91,5	91,4	91,3	91,2	90,9
Etat, CMU-C org. de base	1,2	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1
Organismes complémentaires	4,0	4,4	4,0	4,3	4,6	4,7	4,7	4,9
Ménages	2,7	2,4	2,9	3,1	3,1	3,0	3,1	3,2
Soins de ville								
Sécurité sociale	67,0	65,8	63,6	63,1	63,6	63,0	63,0	63,2
Etat, CMU-C org. de base	1,3	1,6	1,6	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8
Organismes complémentaires	20,8	20,9	21,8	21,6	21,4	22,1	22,2	22,3
Ménages	10,9	11,7	13,0	13,3	13,1	13,1	13,0	12,7
Médicaments								
Sécurité sociale	65,1	67,5	68,0	67,2	67,5	65,4	65,7	66,2
Etat, CMU-C org. de base	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2
Organismes complémentaires	19,2	17,8	17,6	16,7	16,5	16,2	16,3	16,3
Ménages	14,2	13,2	13,0	14,6	14,6	17,2	16,7	16,3

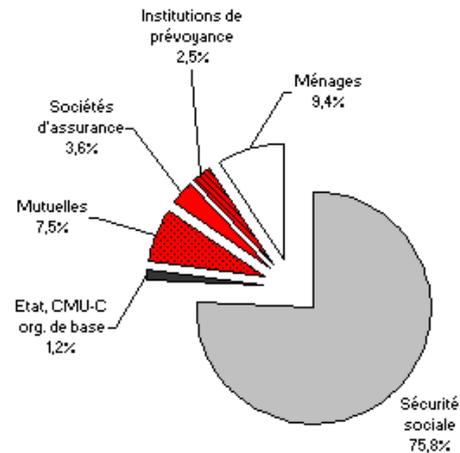
Source : DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement de la CSBM en 2005



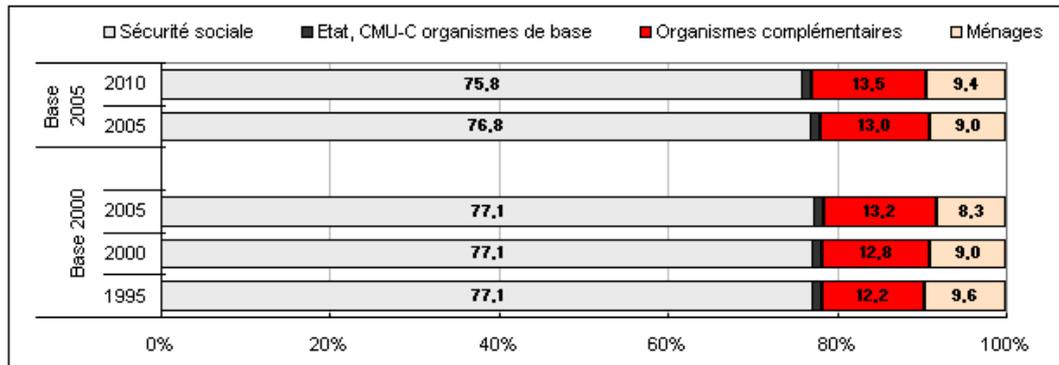
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Structure du financement de la CSBM en 2010



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

De la base 2000 à la base 2005 *



* les contours de la CSBM ayant changé entre les 2 bases, les structures ne sont pas immédiatement comparables.

Sources : DREES, Comptes de la santé.

4.2 Les financements publics

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, le contour et l'évaluation de la Consommation de soins et biens médicaux et de la Dépense courante de santé ont été revus. Le niveau de la CSBM a été revu à la baisse de 4,8 milliards d'euros tandis que celui de la DCS augmentait de 5,7 milliards d'euros. Les révisions principales portent sur l'évaluation des soins hospitaliers et de médecins, sur l'automédication, sur le déplacement des SSAD de la CSBM vers les autres dépenses courantes, l'intégration des soins aux personnes handicapées et la révision des coûts de gestion du système de santé.

En base 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 75,8 % en 2010, soit 132,7 milliards d'euros.

Les soins hospitaliers représentent plus de la moitié des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale en 2010. Il faut d'ailleurs noter que le déficit des hôpitaux publics ne figure pas en tant que tel dans les Comptes de la santé, mais qu'il est imputé sur le compte de la Sécurité sociale (cf. Annexe 2.2).

Viennent ensuite les soins de ville (20,9 % de la dépense de la Sécurité sociale), qui se partagent presque également entre médecins et « autres soins de ville ». Les médicaments vendus dans les officines pharmaceutiques constituent le 3^{ème} poste important des dépenses de la branche maladie : 17,2 % en 2010.

La Sécurité sociale finance 74,2 % de la Dépense courante de santé (DCS) en 2010, soit 173,8 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements et les **SSAD**, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ainsi que les coûts de gestion de la Sécurité sociale elle-même. La part de la Sécurité sociale dans les dépenses de prévention, qui avait augmenté en 2009 avec une prise en charge de dépenses exceptionnelles liées à la grippe H1N1, revient au niveau des années antérieures.

Définitions

Financements publics : Sécurité sociale et État (AME, anciens combattants, collectivités locales).

CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

SSAD : Services de soins à domicile.

CMU-C : la CMU complémentaire est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance-maladie.

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011.

« Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide », B. Boisguérin, *Dossier Solidarité-Santé résultats*, n° 19, DREES, 2011.

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM (0,3 % en 2010), il a une part nettement plus importante dans le financement de la dépense courante de santé (DCS) : le cumul des financements « État, collectivités locales et **CMU-C** organismes de base » représente en effet 4,9 % de la DCS, soit 11,5 milliards d'euros en 2010.

Parmi ces 11,5 milliards, 31 % sont consacrés aux dépenses de prévention (soit 2,5 % de moins qu'en 2009 en raison du recul des dépenses de prévention de la pandémie grippale) et 28,8 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15,3 % et les coûts de gestion du système de santé 6,1 % Ceux-ci ont été revus à la baisse car ils comprennent désormais la seule part « Santé » et non plus la part « Action sociale » (incluse en base 2000).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, les prestations versées aux invalides de guerre, les soins d'urgence, ainsi que les prestations versées au titre de l'Aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois.

Pour bénéficier de l'AME, il faut en outre disposer de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2010, on comptait 228 000 bénéficiaires de l'AME (soit 5,7 % de plus qu'en 2009), dont 204 200 en France métropolitaine et 23 800 dans les DOM. À noter : la LFSS 2011 instaure à compter du 1/1/2011, un droit d'entrée annuel de 30 euros pour l'accès à l'AME. Pour 2010, les prestations versées par l'État au titre de l'AME s'élèvent à 457 millions d'euros.

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base. Leur montant s'est élevé en 2010 à 1,5 milliard d'euros.

Les financements publics 4.2

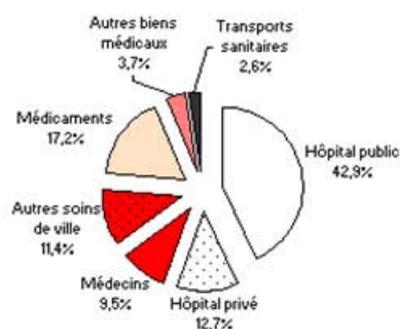
Financements publics en 2010

Dépenses par poste	Total 2010	Sécurité sociale		Etat, collectivités locales, CMU-C org. de base	
	en millions €	en millions €	en % du total	en millions €	en % du total
Hôpitaux du secteur public	61 750	56 961	92,2	781	1,3
Hôpitaux du secteur privé	19 454	16 829	86,5	78	0,4
Sous-total : Soins hospitaliers	81 204	73 790	90,9	858	1,1
Médecins	18 473	12 641	68,4	316	1,7
Auxiliaires	11 272	8 867	78,7	89	0,8
Dentistes	9 947	3 282	33,0	296	3,0
Laboratoires d'analyses	4 261	2 972	69,7	76	1,8
Sous-total : Soins de ville	43 953	27 762	63,2	776	1,8
Médicaments en ville	34 449	22 801	66,2	415	1,2
Autres biens médicaux en ville	11 578	4 874	42,1	84	0,7
Transports de malades	3 784	3 483	92,0	30	0,8
CSBM	174 968	132 710	75,8	2 164	1,2
Soins de longue durée	17 259	17 259	100,0	0	0,0
dont SSAD	1 334	1 334	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes âgées en établissements	7 665	7 665	100,0	0	0,0
dont Soins aux personnes handicapées en établissements	8 261	8 261	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	12 457	12 457	100,0	0	0,0
Prévention	5 939	958	16,1	3 543	59,7
dont Prévention individuelle	3 483	485	13,9	1 606	46,1
dont Prévention collective	2 456	472	19,2	1 937	78,8
Subventions au système de soins	2 354	2 354	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 606	0	0,0	3 303	43,4
Formation	1 860	16	0,9	1 748	94,0
Coût de gestion de la santé	15 871	8 004	50,4	696	4,4
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ *	234 059	173 758	74,2	11 453	4,9

* corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique.

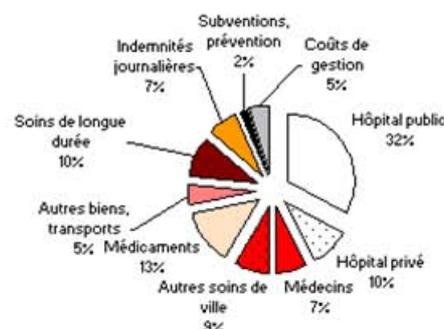
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

CSBM : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2010)



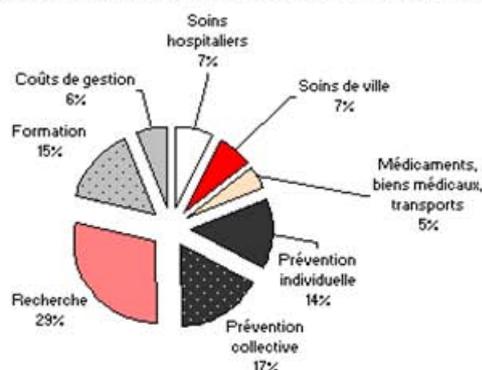
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DCS : structure de la dépense de la Sécurité sociale (2010)



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

DCS : structure de la dépense de l'Etat, des collectivités locales et de CMU-C org. de base (2010)



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.3 La CSBM, la DCS et l'ONDAM

La **Consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées,
- la consommation de soins ville (y compris les soins en dispensaire),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

La CSBM représente la valeur des soins et des biens et services médicaux consommés sur le territoire national par les assurés français pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels, et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle est de 175 milliards d'euros en 2010.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). En premier lieu, la CSBM exclut de son champ l'ONDAM médico-social ainsi que les dépenses qui n'ont pas le caractère de prestation (dotations à des fonds divers, subventions au système de soins et dépenses remboursées effectuées à l'étranger par des assurés français). En second lieu, l'ONDAM comptabilise les seules dépenses de l'assurance-maladie alors que les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé. L'approche des Comptes de la santé est donc plus large : outre les dépenses prises en charge par les régimes de base de Sécurité sociale, la CSBM comprend celles de l'État, des organismes complémentaires et des ménages eux-mêmes.

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale augmentée :

- des indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou réalisés à domicile par des SSAD ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;

Définitions

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

FAC : Fonds d'action conventionnelle.

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS, FMESPP, FAC...**) ;

- des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger et prestations diverses.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes en situation précaire, des dotations à certains fonds et des prises en charge des dépenses des assurés français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des Comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention institutionnelle, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Depuis 1997, l'ONDAM est déterminé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation est évaluée à 162 milliards en 2010.

L'ONDAM est décomposé en six sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville : remboursements d'honoraires des professionnels de santé, médicaments, dispositifs médicaux, IJ hors maternité, prestations diverses ; prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et aides à la télétransmission ; dotation au FAC ;
- les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux **MIGAC** ;

- les autres soins en établissement de santé : soins de suite et de réadaptation, soins de psychiatrie des établissements publics et privés, hôpitaux locaux, unités de SLD, et autres dépenses spécifiques comme la dotation au FMESPP ;

- l'ONDAM médico-social, décomposé en deux sous-objectifs : la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ; et celle pour personnes handicapées ;

- les autres prises en charge : soins pour les assurés français à l'étranger, dotation nationale en faveur du FIQCS, dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Pour en savoir plus

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011.

La CSBM, la DCS et l'ONDAM 4.3

Dépense courante de santé

en millions d'euros

	2010	dont Sécurité sociale
CSBM	174 968	132 710
Soins hospitaliers	81 204	73 790
Secteur public	61 750	56 961
Secteur privé	19 454	16 829
Autres soins et biens médicaux	93 764	58 920
Soins de ville	43 953	27 762
Médicaments	34 449	22 801
Autres biens médicaux	11 578	4 874
Transports de malades	3 784	3 483
Dépense Courante de Santé (DCS)	234 059	173 758
CSBM	174 968	132 710
Autres dépenses pour les malades	29 716	29 716
SSAD	1 334	1 334
Soins aux personnes âgées en étab. (2)	7 665	7 665
Soins aux pers. handicapées en étab. (2)	8 261	8 261
Indemnités journalières (3)	12 457	12 457
Prévention institutionnelle	5 939	958
Dépenses pour le système de soins	11 820	2 370
Subventions au système de soins (3)	2 354	2 354
Recherche médicale et pharmaceutique	7 606	
Formation des professionnels de santé	1 860	16
Coût de gestion de la santé	15 871	8 004
Double compte : recherche pharmaceutique	-4 255	

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD ou encore en MAS et FAM.

Ces soins sont financés pour partie par l'assurance maladie (ONDAM hôpital et ONDAM médico-social) et pour partie par la CNSA (hors ONDAM pour 1,2 milliard d'euros en 2010).

(3) en Soins de ville dans l'ONDAM (sauf les IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

ONDAM

en millions d'euros

	2010
ONDAM Ville - Hôpital	145 800
Soins hospitaliers	70 800
y c. FMESPP	200
y c. USLD (1)	1 000
Soins de ville	75 000
y c. indemnités journalières maladie et AT (1)	10 000
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2 000
y c. aide à la télétransmission (1) et Fonds d'action conventionnelle (FAC)	200
ONDAM médico-social	15 100
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (1) (2)	7 200
contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	7 900
Autres prises en charge	1 100
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA (3)	
ONDAM Assurance maladie	162 000

(1) dans la DCS pour les Comptes de la santé.

(2) contribution de l'assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSAD.

(3) structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Sources : Rapport de la CCSS de juin 2011.

Passage de la CSBM à l'ONDAM

en milliards d'euros

	2010
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	132,7
+ Prestations diverses	0,1
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,0
+ Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD (2)	8,2
+ Ondam personnes handicapées	7,9
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,0
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,4
+ Autres prises en charge (3)	1,1
Total	162,5
Ecart d'évaluation pour les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,5
ONDAM (données provisoires - CCSS juin 2011)	162,0

(1) y compris le déficit des hôpitaux publics ainsi que le solde de leurs charges et produits divers.

(2) uniquement la partie financée sur l'ONDAM.

(3) FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Etablissements médico-sociaux hors champ CNSA.

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2011 pour l'ONDAM.

4.4 Le financement par les organismes complémentaires

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, la part des organismes complémentaires a été revue à la baisse par rapport à la base 2000 en raison de la suppression des suppléments de frais d'hospitalisation inclus à tort en base 2000. En base 2005, les suppléments de frais d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour,...) versés par les OC sont retranchés de leurs prestations hospitalières : cette déduction fait baisser le niveau de prise en charge des soins hospitaliers par les OC de 0,4 point par rapport à la base 2000

La part des **organismes complémentaires** (OC) dans le financement de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est tendanciellement orientée à la hausse en raison de la diffusion régulière de la couverture complémentaire au sein de la population : 94 % des ménages disposaient d'une couverture maladie complémentaire en 2008 selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDES. Cette part atteint 23,7 milliards d'euros en 2010, soit 13,5 % de la CSBM contre 13,4 % en 2009. Cette progression est assez faible par rapport aux évolutions des années antérieures ; elle est imputable essentiellement à la dynamique de croissance des biens médicaux pris en charge par les OC (+6,8 % en 2010, après +5,5 % en 2009).

Entre 2005 et 2008, la part des OC dans le financement des dépenses de santé avait augmenté, passant de 13 % en 2005 à 13,3 % en 2008. Cette progression résultait de deux évolutions contraires : une part accrue des OC dans les soins hospitaliers et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments, leur part dans les soins de ville restant stable. En 2009-2010, la part des OC augmente à nouveau, à 13,4 % puis 13,5 % : ce sont les soins hospitaliers et les autres biens médicaux qui contribuent le plus à cette hausse.

La part des OC dans les dépenses hospitalières est 4,9 % en 2010 contre 4,7 % en 2009. Cette hausse est principalement due à l'augmentation de 2 € du forfait journalier hospitalier (+1,5 € en psychiatrie) à partir du 1^{er} janvier 2010. Entre 2005 et 2007, elle avait progressé de 4 % à 4,6 % en raison de la hausse annuelle du forfait journalier hospitalier (passé de 13 € en 2004 à 16 € en 2007) et de

celle des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008 est intervenu l'effet en année pleine de la prise en charge par les OC de la participation de 18 € sur les actes « lourds » (cotés K50 ou de plus de 91 €). À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'est ajoutée une forte hausse des prestations des OC sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des OC a le plus progressé : elle atteint 35,7 % en 2010 contre 32,1 % en 2005.

L'augmentation des postes « Soins hospitaliers » et « Autres biens médicaux » dans les prestations des OC avait de fait plus que compensé la baisse de leur prise en charge des médicaments. Avec les mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des OC pour les médicaments est ainsi passée de 17,6 % en 2005 à 16,3 % en 2010.

Parmi les prestations versées par les OC, la 1^{ère} place revient encore aux médicaments, qui représentent 23,7 % de leur contribution. Viennent ensuite les autres biens médicaux (17,5 %), les soins hospitaliers (16,7 %), les soins de dentistes (16,2 %) et les soins de médecins (14,9 %).

Si l'on ajoute la contribution nette des OC au Fonds CMU (1,4 milliard d'euros en 2010 – cf. fiche 4.6), la part des OC dans le financement de la CSBM passe de 13,5 % à 14,3 % en 2010.

Notons enfin que les OC prennent également en charge des suppléments de dépenses d'hospitalisation (chambres particulières, frais de long séjour...) et versent aux ménages des prestations annexes aux soins de santé (contraception, acuponcture, primes de naissance, ...). Ces compléments, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent environ 1,2 milliard d'euros en 2010 (0,6 milliard pour les mutuelles, 0,4 milliard pour les sociétés d'assurance et 0,2 milliard pour les institutions de prévoyance).

Définitions

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance.

Pour en savoir plus

« Les contrats d'assurance complémentaire en 2010 », M. Garnero, *Études et résultats*, DREES, à paraître.
Sites internet : www.mutualite.fr, www.ffsa.fr et www.ctip.fr ; www.irdes.fr, ESPS.

Le financement par les organismes complémentaires 4.4

Financements des organismes complémentaires en 2010

(en millions d'euros)

Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 153	6 244	4 291	23 688	13,5
Soins hospitaliers	2 271	1 149	542	3 962	4,9
Soins de ville	5 254	2 611	1 948	9 813	22,3
Médecins	1 849	988	699	3 537	19,1
Dentistes	1 947	1 012	870	3 829	38,5
Auxiliaires médicaux	846	308	208	1 362	12,1
Laboratoires d'analyses	611	304	170	1 085	25,5
Médicaments	3 444	1 393	769	5 606	16,3
Autres biens médicaux **	2 082	1 044	1 013	4 138	35,7
Transports de malades	102	47	20	169	4,5
Hors champ de la CSBM					
Autres prestations liées à la santé	593	396	214	1 203	
Soins hospitaliers (suppléments, long séjour ...)	354	282	141	777	
Prestations diverses	238	114	73	426	

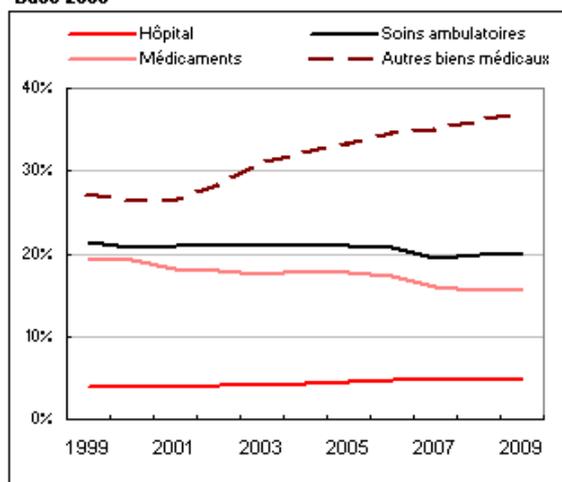
* y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

** Optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

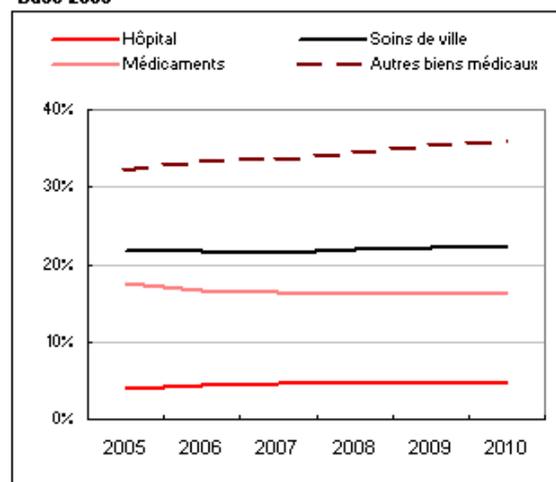
Part des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM

Base 2000



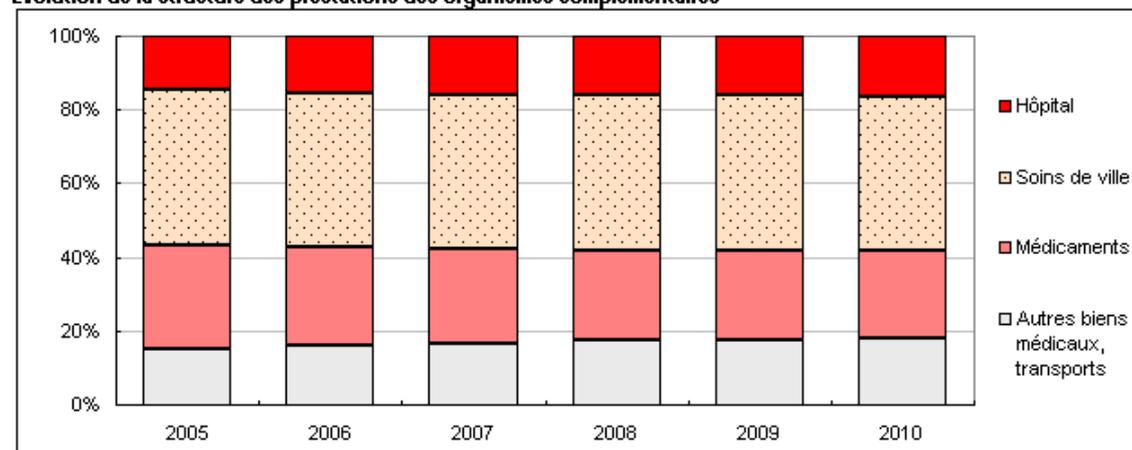
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2000.

Base 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure des prestations des organismes complémentaires



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.5 Le reste à charge des ménages

À l'occasion de la publication de la nouvelle base des comptes nationaux, la part des organismes complémentaires dans la CSBM est revue à la baisse par rapport à la base 2000, entraînant mécaniquement une révision à la hausse de la part du reste à charge.

En base 2005, le **reste à charge** des ménages est évalué à 16,4 milliards d'euros pour l'année 2010, soit 9,4 % de la **CSBM**.

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages était orientée à la baisse. De 2005 à 2008, elle a crû sensiblement passant de 9,0 % à 9,7 % de la CSBM en 2008. Cette progression a résulté de la croissance de certaines dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, mais aussi de diverses mesures d'économies visant à limiter le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale : instauration de participations forfaitaires ou de franchises que les complémentaires santé ne sont pas incités à prendre en charge, et déremboursement de nombreux médicaments à service médical rendu insuffisant. L'année 2009 marque l'arrêt de cette progression, et l'année 2010 plus encore : la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages diminue, passant à 9,6 % en 2009 puis 9,4 % en 2010.

Entre 2005, il a d'abord été introduit une participation forfaitaire de 1 € se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale. En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectaient ou non le parcours de soins. Cette mesure a alourdi le reste à charge des ménages : en effet, les organismes complémentaires étaient fiscalement incités à ne pas prendre en charge cette baisse des remboursements par la Sécurité sociale. En outre, les déremboursements de médicaments ont généré 350 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, alourdissant d'autant le reste à charge.

En 2007, le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 € par jour, a été porté à 4 € et la pénalisation des assurés ne

respectant pas le parcours de soins s'est accrue : le taux de remboursement est passé à 50 % au lieu de 70 % pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné, puis à 30 % en 2009.

En 2008, l'instauration de franchises sur les médicaments (0,50 € par boîte), sur les actes des auxiliaires médicaux (0,50 € par acte) et sur les transports sanitaires (2 € par transport), dont le montant total est plafonné à 50 € par patient et par an, a constitué une économie de 890 millions pour l'ensemble des régimes.

Enfin en 2010, le forfait journalier hospitalier a été porté de 16 à 18 € (et de 12 à 13,5 € en psychiatrie), tandis que le taux de remboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant passait de 35 % à 15 %. Si les organismes complémentaires ont assumé le surcoût du forfait journalier, certains d'entre eux ne prennent plus en charge les médicaments remboursés à 15 %, ce surcoût se reportant alors intégralement sur les ménages.

Ces mesures expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages dans les grands postes de la CSBM. Cette part est restée stable à un niveau extrêmement faible, de l'ordre de 3 %, pour l'hôpital. Pour les soins de ville, elle a augmenté en 2006, mais reprend depuis 2007 sa baisse tendancielle due à la hausse du nombre de patients pris en charge à 100 %. La part des ménages a en revanche nettement augmenté entre 2005 et 2008 pour les médicaments ; elle diminue en 2010 avec le recul des ventes de médicaments non remboursables, qui augmente mécaniquement le taux moyen de remboursement de cette dépense. Enfin, la part des ménages a diminué pour les autres biens médicaux (optique, matériels tels que fauteuils roulants,...) en raison de l'augmentation du nombre de patients pris en charge à 100 % et d'une plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses.

La France reste un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible (*cf. graphique 14 de la vue d'ensemble*).

Définitions

Reste à charge des ménages : calculé par solde, il est égal au « Total des dépenses de soins et biens médicaux » diminué de la « Somme des apports des autres financeurs » (Sécurité sociale, État, organismes complémentaires).

Pour en savoir plus

« 55 années de dépenses de santé : une rétopolation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Études et résultats*, n° 572, DREES, mai 2007.

Le reste à charge des ménages 4.5

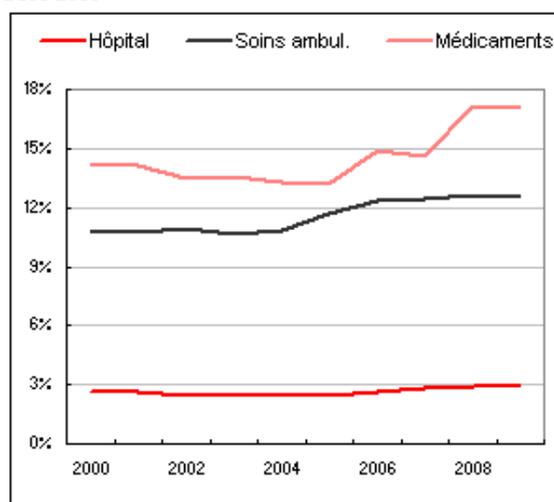
Reste à charge des ménages

	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	M€	% de la dépense										
Ensemble	13 292	9,0	14 477	9,4	14 900	9,3	16 077	9,7	16 354	9,6	16 406	9,4
Hôpital	1 992	2,9	2 220	3,1	2 255	3,1	2 299	3,0	2 471	3,1	2 594	3,2
Soins de ville	4 850	13,0	5 176	13,3	5 347	13,1	5 524	13,1	5 635	13,0	5 603	12,7
Médicaments	3 979	13,0	4 605	14,6	4 767	14,6	5 733	17,2	5 705	16,7	5 626	16,3
Autres biens médicaux	2 405	27,5	2 406	25,8	2 454	24,4	2 428	22,8	2 449	22,3	2 481	21,4
Transports de malades	66	1,4	70	2,3	76	2,4	93	2,7	94	2,6	101	2,7

Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

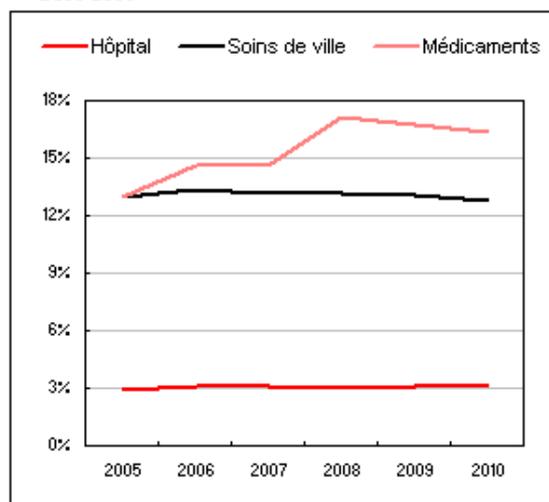
Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

Base 2000



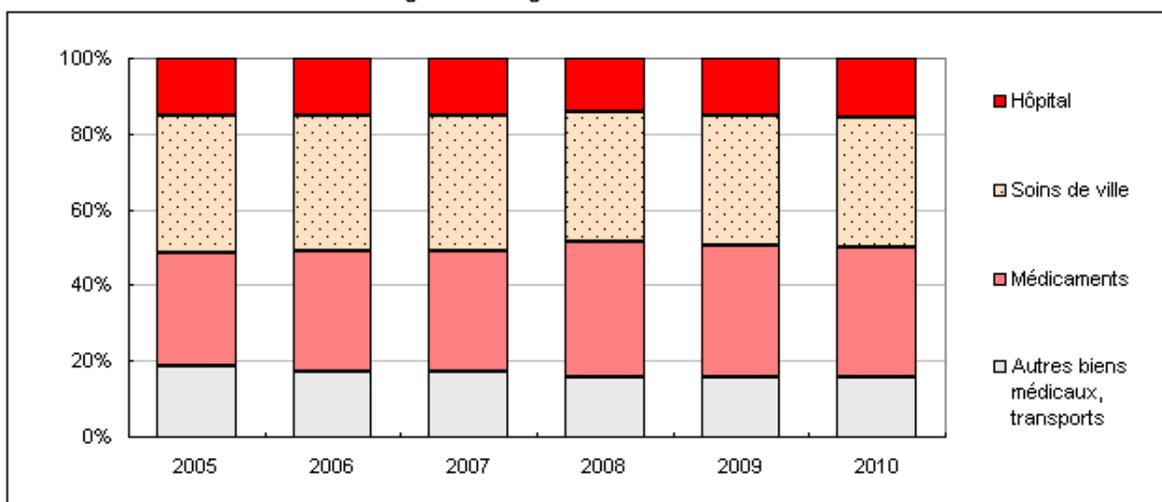
Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2000.

Base 2005



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

Evolution de la structure du reste à charge des ménages



Sources : DREES, Comptes de la santé - base 2005.

4.6 Le financement du Fonds CMU

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes qui permet une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance-maladie. Son fonctionnement associe les régimes de base et les organismes dispensant des couvertures complémentaires « santé » ; elle est attribuée sous condition de ressources. Ce dispositif a été complété en 2005 par la création de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C.

Fin 2010, on compte 4,3 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire soit 3 % de plus qu'en 2009 et 633 000 bénéficiaires de l'ACS, soit 5 % de plus qu'en 2009. Les bénéficiaires de la CMU complémentaire peuvent recevoir leurs remboursements, sur option de leur part, soit de leur caisse primaire d'assurance-maladie, soit d'un organisme de couverture complémentaire maladie participant à la CMU : c'est le cas pour 15,1 % des bénéficiaires en 2010 (contre 14,5 % en 2009).

Depuis 2009, le Fonds CMU ne dispose plus d'aucune ressource provenant du budget de l'État ou de l'assurance-maladie. Les organismes complémentaires constituent désormais son unique source de financement. Le taux de la contribution sur le montant des primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par ces organismes est passé à 5,9 % le 1^{er} janvier 2009, contre 2,5 % antérieurement. Cette contribution s'élève ainsi à 1,9 milliard d'euros en 2010.

Au 1^{er} janvier 2010, le Fonds CMU rembourse le coût de la CMU-C aux organismes concernés sous la forme d'un forfait fixé depuis le 1^{er} janvier 2009 à 370 € par an et par bénéficiaire, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût. Les dépenses constatées dépassent nettement ce montant, en particulier pour les bénéficiaires gérés par le régime général. En 2010, les dépenses par bénéficiaire s'élèvent à 430 €

euros en moyenne. Seul le RSI est « bénéficiaire » ; la MSA équilibre son compte mais la CNAMTS supporte une charge de 217 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2010. C'est la raison pour laquelle depuis 2009, le fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAM : ce versement s'élève à 101 millions d'euros en 2010.

Les organismes de couverture complémentaire qui participent à la CMU déduisent du montant dû au titre de la contribution sur les contrats de couverture complémentaire maladie ce forfait de 370 € par bénéficiaire ainsi que, depuis 2005, le crédit d'impôt lié à l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire (135 millions d'euros en 2010 contre 110 millions en 2009). Cependant, quelques organismes complémentaires ont un montant total de contribution inférieur à la base forfaitaire de prise en charge (nombre de bénéficiaires multiplié par 370 € en 2010). Dans ce cas, le Fonds CMU rembourse la différence aux organismes concernés.

Au final, la contribution nette des organismes complémentaires s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2010. La part réelle des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est ainsi plus élevée : 14,3 % au lieu de 13,5 % en 2010.

Le traitement de la CMU-C dans les Comptes de la santé ne vise pas à décrire l'ensemble des circuits financiers, mais simplement à identifier les financeurs directs des dépenses de santé. Les dépenses liées à la CMU-C sont traitées de la façon suivante dans le tableau de financement des Comptes de la santé :

- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie figurent dans la colonne « État, collectivités territoriales et CMU-C org. de base » soit 1,5 milliard d'euros en 2010 ;
- les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C non affiliés aux organismes de base figurent dans les colonnes « mutuelles », « sociétés d'assurance » et « institutions de prévoyance ». Ces prestations ne peuvent être isolées du montant total des prestations versées par ces organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2010 », juin 2011, consultable sur www.cmu.gouv.fr.
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2010, prévisions 2011 », juin 2011, fiche10.4.

Le financement du Fonds CMU 4.6

Compte du Fonds CMU en 2010

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Total charges	1 949	Total produits	1 949
Versements aux régimes de base	1 444	Contribution des org. complémentaires	1 856
Déductions "Contrats CMU-C" (1)	329	Reprise sur provisions	93
Déduction "ACS" (aide au paiement d'une complémentaire santé) (2)	135		
Dotations aux provisions	12		
Gestion administrative	1		
Résultat (excédent)	28		

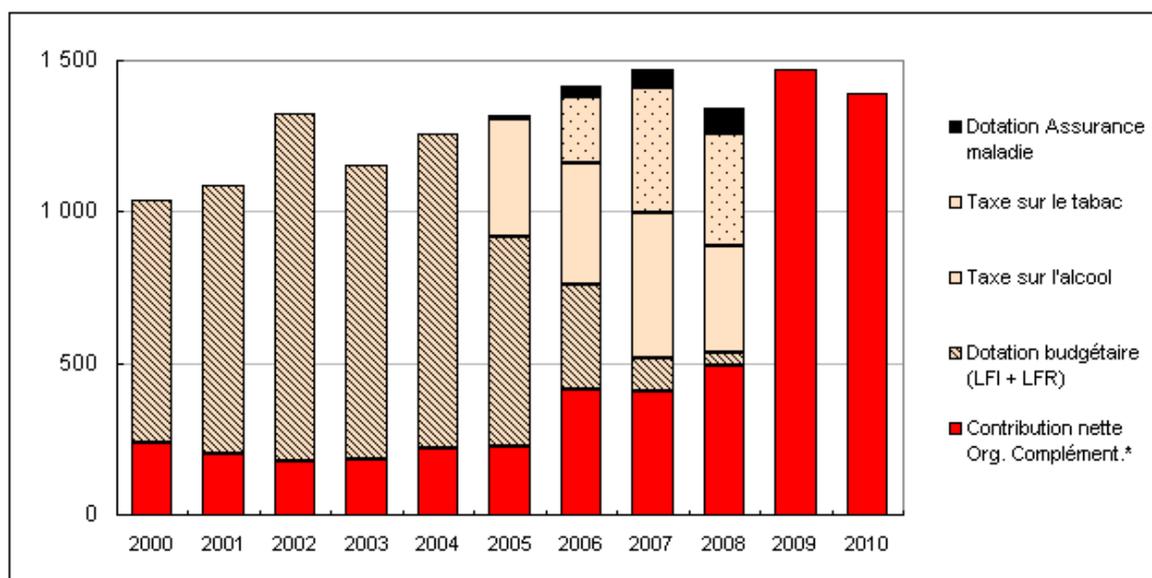
(1) Avoirs accordés aux OC (organismes complémentaires) pour les contrats CMU-C qu'ils gèrent.

(2) Avoirs accordés aux OC pour les déductions accordées à leurs clients au titre de l'ACS.

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2010.

Evolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2010

(en millions d'euros)



* Contribution des OC nette des versements du Fonds CMU (forfaits et ACS).

Sources : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2010.