

comptes nationaux
de la *santé*

2009


MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Comptes nationaux de la santé en 2009

Directrice de la publication

A.-M. Brocas

Coordination

C. Zaidman

Coordination des dossiers

L. Olier

Rédaction

A. Fenina, M.-A. Le Garrec, M. Koubi

Contributions

M. Barlet, C. Collin, A. Exertier, M. Garnero, B. Juillard Condat, F. Lê,
R. Legal, C. Minodier, D. Raynaud, D. Sicart, C. Simon, F. Tallet,
W. Thao Khamsing, G. Vidal

Suivi éditorial

Élisabeth Golberg

Remerciements

La DREES tient en outre à remercier les personnels des organismes privés et publics qui, depuis de nombreuses années, fournissent les données nécessaires à l'élaboration des Comptes de la santé. Étant donné le nombre important des organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera toutefois plus particulièrement pour la diversité et le volume des données fournies la direction de la sécurité sociale, la direction générale des finances publiques, l'INSEE et la CNAMTS, mais aussi l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS), les entreprises du médicament (LEEM)...

Avant-propos

Les Comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ils sont présentés dans la «base 2000» de la Comptabilité nationale qui s'est substituée en 2004 à la précédente «base 95». Les données de ce rapport correspondent aux données provisoires de l'année 2009, aux données semi-définitives de l'année 2008 et aux données définitives de l'année 2007.

Ces comptes fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé et des financements correspondants qu'ils relèvent de l'assurance-maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Ces comptes servent de base à l'élaboration des Comptes de la santé présentés dans les instances internationales (OCDE, Eurostat et OMS). Ils permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2009.

Une deuxième partie comprend trois dossiers: le premier sur la localisation des professionnels de santé libéraux en France métropolitaine, le deuxième sur la prise en charge des dépenses des assurés sociaux en fonction du risque constaté, le troisième sur le financement des dépenses de santé et du reste à charge des ménages.

La troisième partie comprend quatre éclairages: le premier sur l'évolution des dépenses de santé lors des crises économiques, le deuxième sur l'impact des mesures d'économies dans les Comptes de la santé, le troisième sur les médicaments remboursables et le quatrième sur les disparités départementales des dépenses de santé.

Une quatrième partie présente une analyse des dépenses de santé sous forme de fiches thématiques.

Des annexes présentent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la santé et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de santé, ainsi que des tableaux détaillés retracant les comptes de 1995 à 2009.

Sommaire

Vue d'ensemble	7
Dossiers	25
Localisation des professionnels de santé libéraux	27
La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ?	57
Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par microsimulation	73
Éclairages	95
Dynamique des dépenses de santé en période de crise économique	97
Analyse de l'impact des mesures d'économies dans les comptes de la santé	107
Le marché du médicament remboursable en ville en 2009	119
Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins	129
Fiches thématiques	143
1 • La Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	
1.1. La consommation de soins et de biens médicaux	144
1.2. La consommation de soins hospitaliers	146
1.3. L'offre hospitalière	148
1.4. L'activité hospitalière	150
1.5. La consommation de soins de médecins	152
1.6. Les effectifs de médecins	154
1.7. Les chirurgiens-dentistes	156
1.8. Les auxiliaires médicaux	158
1.9. Les laboratoires d'analyses, les cures thermales	160
1.10. La consommation de médicaments	162
1.11. Le marché des médicaments	164
1.12. Les autres biens médicaux	166
1.13. Les transports sanitaires	168
2 • La Dépense courante de santé (DCS)	
2.1. La dépense courante de santé	170
2.2. Les soins de longue durée aux personnes âgées	172
2.3. Les indemnités journalières	174

2.4. La prévention	176
2.5. Les dépenses en faveur du système de soins	178
3 • La Dépense totale de santé (DTS)	
3.1. Comparaisons internationales de la dépense totale de santé	180
3.2. Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	182
3.3. Comparaisons internationales sur les médecins	184
3.4. Comparaisons internationales sur les médicaments	186
4 • Le financement de la santé	
4.1. Les différentes approches du financement	188
4.2. Le financement des principaux types de soins	190
4.3. Les financements publics	192
4.4. La CSBM, la DCS et l'ONDAM	194
4.5. Le financement par les organismes complémentaires	196
4.6. Le reste à charge des ménages	198
4.7. Le financement du Fonds CMU	200

Annexes

1 • Les agrégats des Comptes de la santé	204
1.1. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)	204
1.2. Les autres dépenses courantes de santé	204
1.3. La dépense courante de santé (DCS)	205
1.4. La dépense totale de santé (DTS)	205
2 • Le champ des Comptes de la santé	206
2.1. Dans la consommation de soins et de biens médicaux	206
2.2. Dans la dépense courante de santé	206
2.3. Dans la dépense totale de santé au sens de l'OCDE	206
2.4. La révision des Comptes	207
3 • La production des établissements de santé	208
3.1. Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier	208
3.2. Les établissements de santé du secteur public	208
3.3. Les établissements de santé du secteur privé	209
4 • Des indices spécifiques au secteur de la santé	210
4.1. Indices de prix et de volume en comptabilité nationale	210
4.2. L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé	212
4.3. Le prix des soins de médecins	213
4.4. Le prix des médicaments	214
5 • Liste des sigles utilisés	215
Tableaux détaillés : 1995 – 2009	219
1 • La consommation de soins et biens médicaux	220
2 • La dépense courante de santé	226
3 • La dépense courante par type de financement	228

Vue d'ensemble

Vue d'ensemble

LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ, compte satellite de la Comptabilité nationale, évaluent chaque année la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé, et détaillent sa composante la plus importante, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Ils en décrivent également le mode de financement.

En 2009, le montant de la **dépense courante de santé (DCS)** s'élève à 223,1 milliards d'euros, en progression de 4% par rapport à 2008. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les quatre cinquièmes. Elle est toutefois amplifiée en 2009 par la forte croissance des dépenses de soins aux personnes âgées en établissement (+15,1%) et des dépenses de prévention (+12,9%, en raison du surcoût lié à la grippe H1N1).

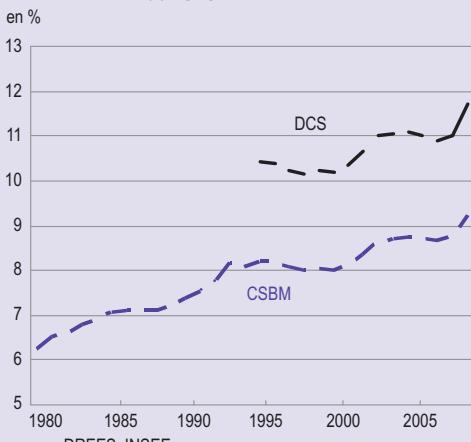
La **consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** atteint 175,7 milliards d'euros en 2009, soit une consommation par habitant de 2 724 euros en augmentation de 2,8% par rapport à 2008. Le ralentissement de la progression de la CSBM amorcé en 2008 se poursuit en 2009: +3,3% en valeur après +3,7% en 2008 et +4,2%

en 2007; son évolution reste ainsi nettement inférieure à celle observée au début de la décennie.

En raison de la décroissance du PIB observée en 2009 (-2,1% en valeur en 2009 après +2,9% en 2008) résultant de la crise économique, la part de ces deux agrégats dans le PIB augmente significativement. La CSBM représente 9,2% du PIB en 2009 (contre 8,7% en 2008) et la DCS en représente 11,7% (contre 11% en 2008).

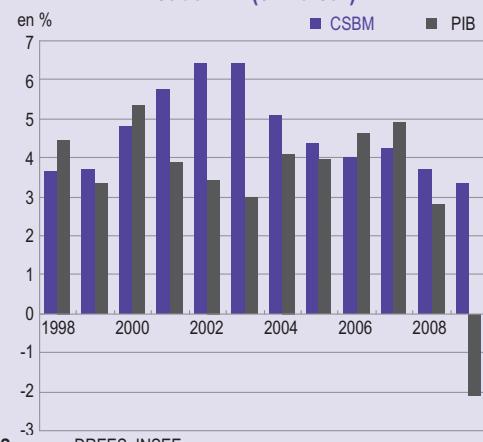
En presque 50 ans, la part de la CSBM dans le PIB est ainsi passée de 3,4% en 1960 à 8,7% en 2008 et 9,2% en 2009. Jusqu'au milieu des années quatre-vingts, cette progression a été assez régulière, la part de la CSBM dans le PIB atteignant 7,1% en 1985. Ensuite, la progression s'est faite par à-coups avec des périodes de stabilité et des périodes de forte croissance (graphique 1). Stabilisée entre 1995 et 2000 à 8,2%, elle a progressé nettement entre 2000 et 2003, passant de 8,2% à 8,7% du PIB à la fois sous l'effet de la forte croissance des différents postes de la CSBM mais aussi de la moindre augmentation du PIB (graphique 2). Depuis 2004, elle s'était à nouveau stabilisée sous l'effet de la moindre croissance des dépenses.

graphique 1 ● Part de la CSBM et de la DCS dans le PIB



Sources • DREES, INSEE.

graphique 2 ● Taux de croissance de la CSBM et du PIB (en valeur)



Sources • DREES, INSEE.

encadré 1 • Les agrégats des Comptes de la santé

1 - Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 175,7 milliards d'euros en 2009

Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement.

2 - Dépense courante de santé (DCS) : 223,1 milliards d'euros en 2009

C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées en établissement (unités de soins de longue durée hospitalières et établissements d'hébergement pour personnes âgées), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé (correspondant à la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé), les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

3 - Dépense totale de santé (DTS) : 225,7 milliards d'euros en 2009

C'est le concept commun utilisé par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB.

tableau 1 • Passage de la dépense courante de santé à la dépense totale de santé OCDE
en milliards d'euros

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CSBM	115,1	121,7	129,5	137,9	144,9	151,2	157,3	164,0	170,1	175,7
DCS (Dépense courante de santé)	146,9	155,0	165,2	175,5	183,5	191,3	198,7	206,6	214,5	223,1
- Indemnités Journalières	-8,2	-8,8	-9,6	-10,4	-10,5	-10,3	-10,4	-10,8	-11,4	-11,9
- Prévention environnementale et alimentaire	-0,9	-1,0	-1,4	-1,4	-1,2	-1,2	-1,3	-1,2	-1,2	-1,3
- Recherche nette *	-2,8	-3,0	-3,2	-3,2	-3,3	-3,2	-3,3	-3,2	-3,2	-3,3
- Formation	-0,8	-0,8	-0,9	-0,9	-1,0	-1,0	-1,1	-1,2	-1,2	-1,3
+ FBCF	3,5	3,4	3,8	4,6	5,1	5,6	6,1	6,2	6,3	6,2
+ Dépenses liées à la dépendance et au handicap	7,5	7,8	9,0	9,4	10,0	10,7	11,6	12,6	13,5	14,2
DTS (Dépense totale de santé)	145,2	152,7	162,9	173,6	182,6	191,8	200,3	209,0	217,5	225,7

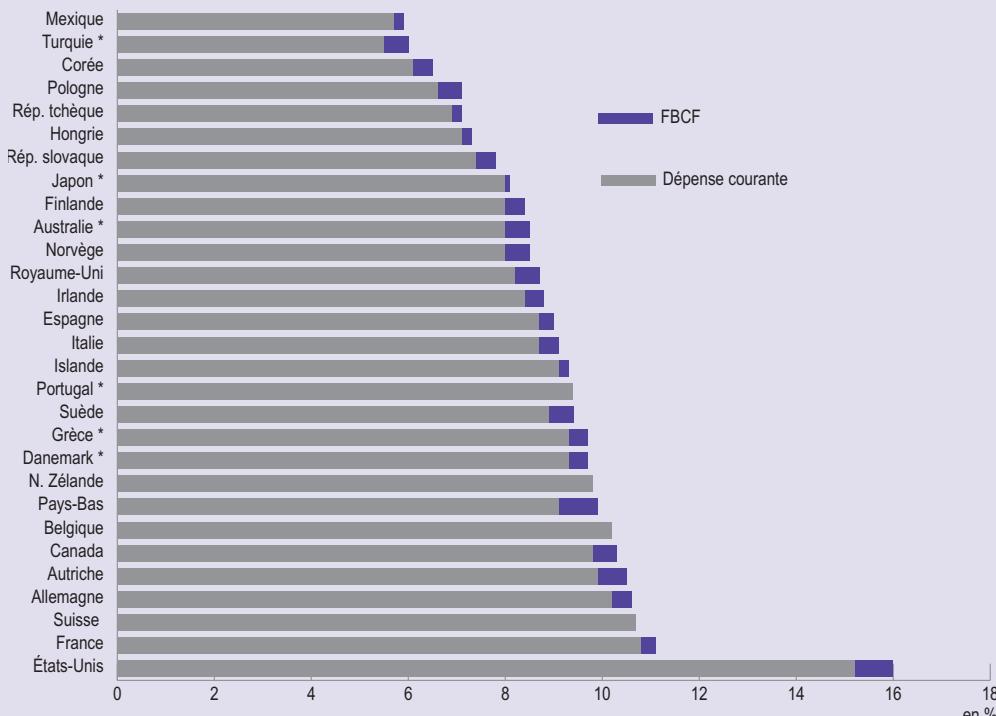
* Recherche nette : recherche hors recherche pharmaceutique (déjà comprise dans le poste médicaments).

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Par rapport à ses principaux partenaires, la France se situe ainsi dans le groupe de tête pour sa dépense de santé (graphique 3). Avec une **dépense totale de santé (DTS)**, concept retenu pour les comparaisons internationales (cf. encadré), égale à 11,2% du PIB en 2008, la France se trouve en deuxième position, loin derrière les États-Unis

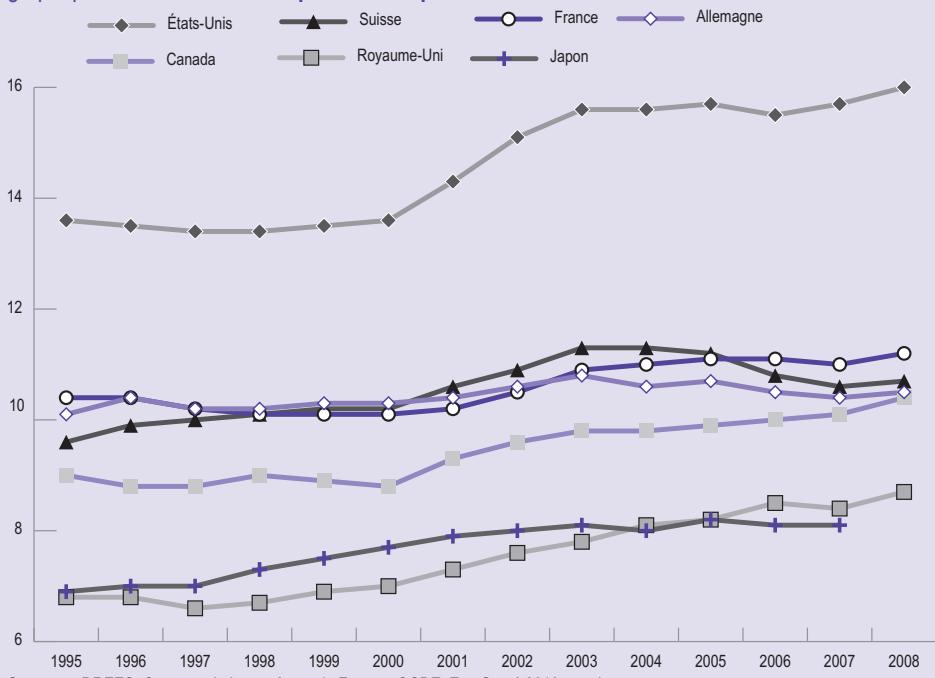
(16%), et à un niveau légèrement supérieur à celui de la Suisse (10,7%) et de l'Allemagne (10,5%). Notons que cette position n'est pas récente puisqu'elle était déjà atteinte en 1995, avant même les années 2000-2003 de forte croissance. Depuis 1995, les positions relatives des différents pays sont, en effet, assez stables (graphique 4).

graphique 3 ● Part de la dépense totale de santé dans le PIB des pays de l'OCDE en 2008



* Valeurs 2007. Sources • DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eco-Santé 2009 pour les autres pays.

graphique 4 ● Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB entre 1995 et 2008



Sources • DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eco-Santé 2010 pour les autres pays.

Les comparaisons entre pays doivent cependant être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF). En Suisse, en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue sa position selon l'OCDE.

Un ralentissement de la croissance des soins ambulatoires, mais une dépense hospitalière et de transport dynamique

• L'évolution de la CSBM ralentit en 2009 pour la deuxième année consécutive

Si l'on considère la période 1995-2009, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance de la CSBM en valeur a été la plus rapide, +6% par an en moyenne (graphique 5): d'une part, c'est en 2001 que la croissance des volumes a été la plus forte (+4,7%), d'autre part, c'est en 2002 et 2003 que les prix ont été les plus dynamiques, sous l'effet

notamment des augmentations de tarifs des médecins et de la hausse des coûts salariaux à l'hôpital, liée à la réduction du temps de travail. Cette croissance s'est nettement ralentie entre 2004 et 2006, mais a repris en 2007 avec une croissance en valeur de 4,2% et de 3,4% en volume, tout en restant cependant inférieure à celle observée au cours des années 2001-2003.

Pour la deuxième année consécutive, la progression de la CSBM ralentit en 2009. Atteignant **175,7 milliards d'euros** en 2009, la CSBM progresse de 3,3% en valeur et de 3% en volume par rapport à 2008 (tableau 2). Le ralentissement en valeur concerne les principaux postes de dépenses, à l'exception notable des soins hospitaliers et des transports de malades. La progression du prix de la CSBM ralentit à nouveau fortement en 2009: +0,3% seulement après +0,8% en 2008, ce qui constitue la plus faible hausse de prix depuis quinze ans (graphique 5).

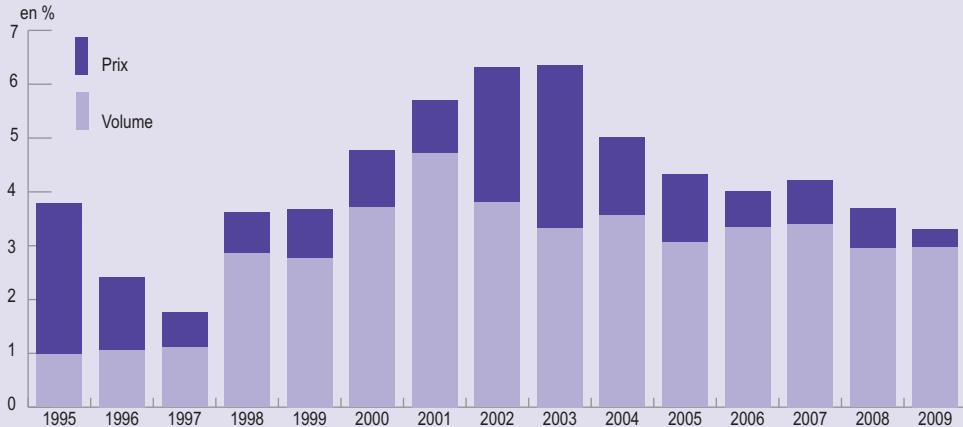
En 2009, le prix des soins hospitaliers progresse de 1,1% et celui des soins ambulatoires de 0,8%. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution de 2,6%, après -2,3% en 2008 et -2,5% en 2007: ce sont les plus fortes diminutions enregistrées depuis 1997. Cette diminution, due à la poursuite des mesures de baisse de prix et au poids croissant des génériques, constitue donc la cause principale de la progression modérée des prix de la CSBM.

tableau 2 ● La consommation de soins et biens médicaux

	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuels moyens (en %)			
	2007	2008	2009	2000-2005	2007	2008	2009
1- Soins hospitaliers	72,5	75,1	78,0	5,1	3,5	3,7	3,8
publics	56,0	57,8	60,0	5,1	3,2	3,3	3,7
privés	16,5	17,3	18,0	5,0	4,4	4,9	4,4
2- Soins ambulatoires	45,0	46,8	48,3	5,6	5,2	4,1	3,0
médecins	20,8	21,6	22,1	4,7	4,8	3,6	2,4
dentistes	9,4	9,6	9,8	5,5	3,5	2,5	1,5
dont	auxiliaires médicaux	10,2	11,0	11,6	7,1	8,4	7,2
	analyses	4,2	4,3	4,5	7,3	3,2	2,7
	cures thermales	0,3	0,3	0,3	1,1	5,0	0,4
3- Transports de malades	3,2	3,4	3,6	8,4	4,9	4,0	6,8
4- Médicaments	33,6	34,5	35,4	5,9	3,8	2,7	2,5
5- Autres biens médicaux	9,6	10,2	10,5	8,1	7,3	5,9	2,8
CSBM (1+...+5)	164,0	170,1	175,7	5,6	4,2	3,7	3,3

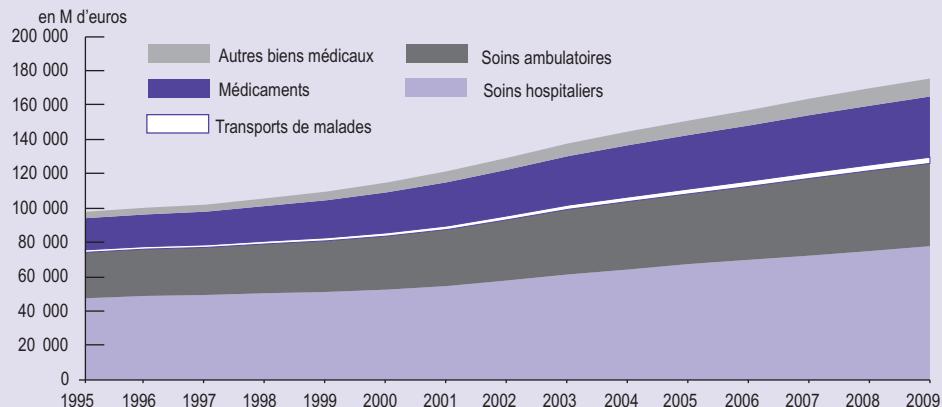
Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 5 ● Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux



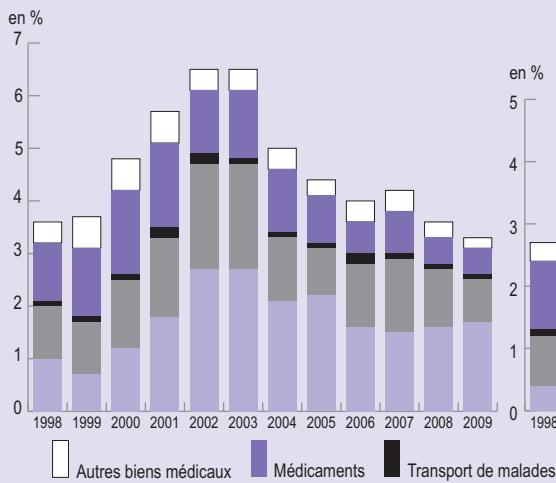
Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 6 ● Principales composantes de la consommation de soins et biens médicaux

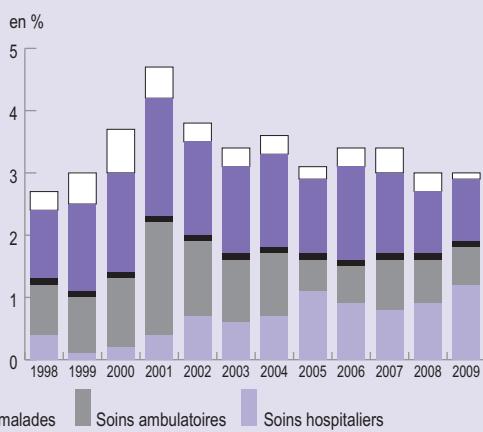


Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 7 ● Contributions à la croissance de la CSBM en valeur



graphique 8 ● Contributions à la croissance de la CSBM en volume



Sources • DREES, Comptes de la santé.

La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM, en valeur et en volume, s'obtient en pondérant son taux de croissance par son poids dans cet agrégat.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,7 point) et les soins ambulatoires (0,8 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2009 (graphique 7), ce qui est lié à leur poids important dans la consommation (graphique 6). Au sein des soins hospitaliers, la contribution la plus forte est celle de l'hôpital public (1,2 point). Viennent ensuite les médicaments, avec une contribution nettement inférieure (0,5 point).

En termes de volume, c'est la consommation de soins hospitaliers qui contribue le plus à la croissance en 2009 (+1,2 point), suivie par la consommation de médicaments (+1 point) et celle de soins ambulatoires (+0,6 point). Ces trois postes représentent 2,8 points de croissance en volume sur un total de 3 points (graphique 8).

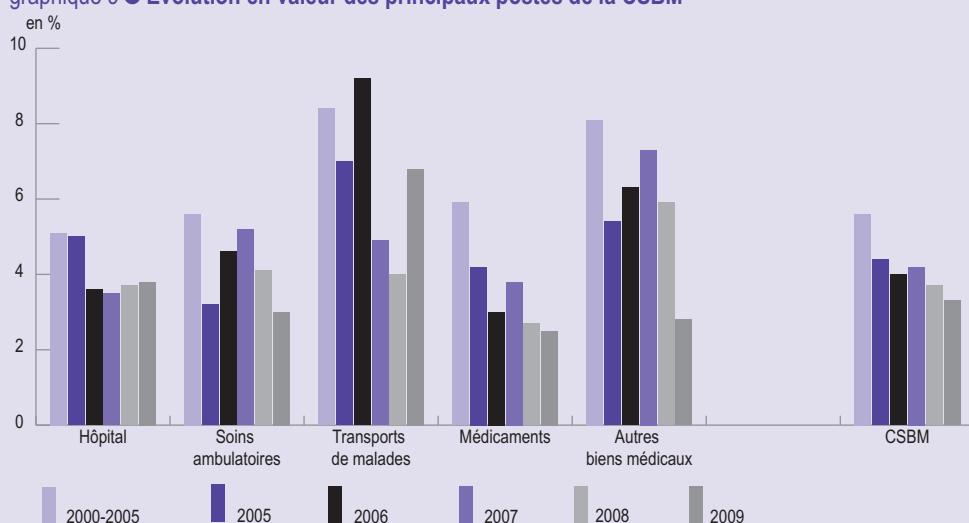
Depuis 1997, les médicaments constituent l'un des postes contribuant le plus fortement à cette hausse en volume, d'où la mise en place d'une politique de maîtrise médicalisée pour agir sur les prescriptions et leur structure (moins de médicaments coûteux en première intention) et les déremboursements de certains médicaments, afin de ralentir le rythme de croissance de ce volume.

tableau 2 bis ● Évolution de la consommation de soins et biens médicaux

	Valeur en milliards d'euros 2009	Taux d'évolution annuels moyens (en %)											
		en valeur				en volume				en prix			
		2000- 2005	2007	2008	2009	2000- 2005	2007	2008	2009	2000- 2005	2007	2008	2009
1- Soins hospitaliers	78,0	5,1	3,5	3,7	3,8	1,6	1,8	2,0	2,7	3,5	1,6	1,6	1,1
2- Soins ambulatoires	48,3	5,6	5,2	4,1	3,0	4,0	3,0	2,5	2,2	1,5	2,1	1,5	0,8
3- Transports de malades	3,6	8,4	4,9	4,0	6,8	6,3	3,6	2,9	3,6	1,9	1,3	1,0	3,0
4- Médicaments	35,4	5,9	3,8	2,7	2,5	7,0	6,4	5,0	5,2	-1,0	-2,5	-2,3	-2,6
5- Autres biens médicaux	10,5	8,1	7,3	5,9	2,8	6,8	6,8	4,8	1,3	1,2	0,5	1,1	1,5
CSBM (1+...+5)	175,7	5,6	4,2	3,7	3,3	3,8	3,4	3,0	3,0	1,8	0,8	0,7	0,3

Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 9 ● Évolution en valeur des principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

• Les soins hospitaliers toujours en croissance

En 2009, la consommation de soins hospitaliers est de 78 milliards d'euros, soit 44,4% de la CSBM. Sa croissance est de 3,8% en valeur et de 2,7% en volume, à un rythme très voisin de celui enregistré en 2008 (tableau 2bis et graphique 9).

- Dans le **secteur public** hospitalier, la consommation de soins s'élève à 60 milliards d'euros. Cette consommation croît de 3,7% en valeur, évolution un peu supérieure à celle de 2008 (+3,3%); la progression reste toutefois en retrait par rapport à celles enregistrées depuis le début des années 2000 (5,3% par an en moyenne de 2002 à 2005). Cela découle principalement du ralentissement de la croissance de la masse salariale: l'effet du passage aux 35 heures, qui était important au début des années 2000, ne pèse plus sur l'évolution de 2008-2009.
- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2009 à 18 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 4,4% en 2009, inférieure à celle enregistrée en 2008 (+4,9%). Là encore, la progression reste nettement inférieure à celles enregistrées les années précédentes (+5,6% par an en moyenne de 2002 à 2005, cf. fiche 1.2).

• Une moindre hausse des soins ambulatoires

En 2009, la consommation de soins ambulatoires dépasse les 48 milliards d'euros et représente 27,5% de la CSBM. Sa croissance en valeur (+3,0%) marque un net ralentissement par rapport à 2008 (+4,1%) et plus encore par rapport à 2007 (+5,2%). La croissance des volumes s'infléchit également: +2,2% contre +2,5% en 2008, et retrouve un rythme analogue à celui de l'année 2006 (tableau 3). Par ailleurs, la croissance des prix se tasse elle aussi sensiblement pour la deuxième année consécutive: +0,8% après +1,5% en 2008 et +2,1% en 2007.

- La consommation de soins de **médecins** augmente de 2,4% en valeur en 2009 après +3,6% en 2008. Après deux années d'accélération en 2006-2007, la croissance de la consommation

de soins de médecins ralentit nettement depuis 2008. Le volume des soins de médecins progresse de 2,2% en 2009, après +1,9% en 2008. La croissance des prix des soins de médecins qui avait fortement ralenti en 2008, est quasiment nulle en 2009: +0,2%. Les années 2006 et 2007 avaient été marquées par une croissance soutenue des prix (+4,6% puis +3,4%) due à plusieurs mesures: la mise en place de la rémunération du médecin traitant, le remplacement de la nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) par la classification commune des actes médicaux (CCAM) et surtout la hausse du prix de la consultation des généralistes (passé à 21 € en 2006 puis 22 € en 2007). En 2008 comme en 2009, la hausse des prix est nettement plus faible en l'absence de revalorisation tarifaire importante.

- La croissance de la consommation de soins de **dentistes** continue à ralentir: +1,5% en valeur en 2009 après +2,5% en 2008, et surtout +3,5% en 2007 et +4,1% en 2006. Les évolutions des quatre dernières années sont en net retrait par rapport aux fortes hausses observées en début de décennie: +6% par an en moyenne de 2000 à 2004 (fiche 1.7). Les prix progressent de 1,2% en 2009, après +1,8% en 2008.
- Les soins d'**auxiliaires médicaux** progressent de 5,9% en valeur et de 3,8% en volume. La croissance du poste des soins d'auxiliaires médicaux est essentiellement tirée par celle des volumes, dont la progression a été de plus en plus dynamique jusqu'en 2007: de +3,1% par an en moyenne entre 1995 et 2000, elle est passée à +5,3% par an entre 2000 et 2005 pour atteindre +7,4% en 2007. Après un début d'infléchissement en 2008 (+5,4%), l'année 2009 marque un ralentissement puisque la hausse n'est plus que de 3,8% en volume; elle est essentiellement imputable à celle des soins infirmiers. Les prix des soins d'auxiliaires médicaux progressent de 2% en 2009 en raison de la seconde phase de revalorisation des actes infirmiers intervenue en avril 2009, la première phase ayant eu lieu en juillet 2007. Les tarifs des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes n'ont en revanche pas changé en 2009.
- Les **analyses de laboratoire** augmentent de 2,6%, en valeur et en volume. Les prix n'ont pas augmenté, 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 cinq ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu sous l'effet notamment des mesures de maîtrise mises en œuvre: de +3,7% en valeur en 2005 à +2,6% en 2009.

• Une croissance de la consommation de médicaments stabilisée

En 2009, les médicaments représentent 35,4 milliards d'euros, soit 20,1 % de la CSBM. Rapportée au nombre d'habitants, la dépense française de médicaments se situe au 4^e rang mondial en 2008, 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 (graphique 10).

La consommation de médicaments augmente de 2,5 % en valeur en 2009, après +2,7 % en 2008 et +3,8 % en 2007. Ce ralentissement en valeur résulte d'une nouvelle diminution de prix et d'une stabilisation de la croissance des volumes. En effet, la croissance du volume de la consommation de médicaments est de 5,2 % en 2009, après +5,0 % en 2008 et +6,4 % en 2007. Cette stabilisation est liée à plusieurs mesures comme le déremboursement de certains médicaments pour service médical rendu insuffisant, ou encore la politique de maîtrise médicalisée. Toutefois, compte tenu de leur poids important, les médicaments restent un des plus forts contributeurs à la croissance en volume de la CSBM en 2009.

Les prix, dont l'évolution suit globalement celle des prix des médicaments remboursables, sont en diminution continue. Ce tassement des prix de l'année 2009 (-2,6%) qui fait suite à ceux de 2007 et 2008 est imputable à plusieurs mesures: baisses de prix ciblées, développement des grands condi-

tableau 3 ● Évolution des soins ambulatoires

	1995-2000	2000-2005	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Taux d'accroissements moyens et annuels en %
Valeur	3,1	5,6	7,2	4,4	3,2	4,6	5,2	4,1	3,0	
Prix	0,6	1,5	3,5	0,9	1,5	2,5	2,1	1,5	0,8	
Volume	2,5	4,0	3,6	3,5	1,7	2,1	3,0	2,5	2,2	

Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 10 ● Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2008
(en parités de pouvoir d'achat)



* 2007. Sources • Éco-santé OCDE 2010, juin 2010.

tionnements pour les traitements de longue durée, et augmentation de la pénétration des génériques. D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter: 64 en 2002, 95 en 2009, 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 12% en 2009. Néanmoins, cette part reste encore modeste en comparaison d'autres pays européens: aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les médicaments génériques représentaient entre 20% et 24% des ventes en 2006. En effet, la définition des génériques en France est plus restrictive puisqu'elle s'appuie sur la notion d'équivalent chimique (même molécule), alors qu'aux Pays-Bas et en Allemagne elle s'appuie sur la notion d'équivalent thérapeutique qui autorise de plus larges possibilités de substitution des génériques, accroît leur pénétration et stimule la concurrence entre médicaments. Un tel système peut toutefois conduire à un ralentissement de l'innovation en ne mettant pas suffisamment en valeur les améliorations graduées, notamment si les groupes de substitution sont trop larges. C'est la critique parfois adressée aux «jumbo groupes» allemands, qui confondent dans un même groupe des nouveaux médicaments sous brevet et d'anciens médicaments génériques.

Ces trois postes (soins hospitaliers, soins ambulatoires et médicaments) représentent 92% de la CSBM. D'autres postes moins importants connaissent des évolutions significatives.

• Une croissance nettement ralentie des autres biens médicaux

En 2009, les dépenses liées aux «autres biens médicaux» dépassent 10 milliards d'euros; leur rythme de croissance ralentit nettement en 2009: +2,8% en valeur après +5,9% en 2008. Si les dépenses d'optique progressent de 3,8% en valeur, en revanche la hausse n'est plus que de 1,3% pour les «petits matériels et pansements» contre 9,4% en 2008: en effet, une partie de ces dépenses ne sont plus comptabilisées dans les soins ambulatoires mais dans le forfait soins des EHPAD depuis le 1^{er} août 2008.

• Une reprise de la croissance des transports de malades

La consommation de **transports sanitaires** s'élève à 3,6 milliards d'euros en 2009, soit une croissance en valeur de 6,8%, ce qui marque une reprise après deux années de ralentissement (+4% en 2008 et +4,9% en 2007). Cette reprise est essentiellement due à la revalorisation des tarifs des transports sanitaires intervenue en 2009. En effet, le rythme de croissance du volume des transports a sensiblement ralenti depuis 2007, passant de 6% par an en moyenne sur la période 2000-2006 à environ 3% par an sur la période 2007-2009. Ce ralentissement des dépenses de transports de malades est dû aux efforts de maîtrise médicalisée, de nouvelles règles de prescription plus restrictives s'appliquant depuis le 1^{er} janvier 2007.

Les autres dépenses de santé

Outre les postes inclus dans la CSBM, la dépense courante de santé comprend les soins aux personnes âgées en établissement, les indemnités journalières versées par l'assurance-maladie, les subventions reçues par le système de santé (c'est-à-dire les prises en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé), les dépenses de prévention organisée (individuelles ou collectives), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé. Ces autres dépenses représentent environ 21% de la dépense courante de santé (tableau 4).

Les soins aux **personnes âgées** en établissements représentent 7,4 milliards d'euros en 2009, soit une hausse de 15,1% par rapport à 2008. À l'exception de l'année 2007, ces dépenses augmentent de plus de 10% par an depuis 2003.

Les soins peuvent être assurés:

- dans le secteur hospitalier public au sein des services de soins de longue durée,
- dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées; ceux-ci sont répartis depuis 2002 entre établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et ceux destinés aux personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le

tableau 4 ● Dépense courante de santé

en millions d'euros courants

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CSBM	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	163 970	170 058	175 706
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445	7 421
Indemnités journalières	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 772	11 395	11 927
Prévention	4 095	4 226	4 744	4 974	4 883	4 938	5 140	5 315	5 458	6 161
Subvention au système de soins *	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880	1 958
Recherche	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 121	7 243	7 361	7 543
Formation	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 152	1 238	1 332
Coût de gestion du système de santé	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 597	14 832	15 297
Double compte (recherche pharmaceutique)	-2 641	-2 773	-3 108	-3 301	-3 311	-3 398	-3 810	-4 012	-4 125	-4 255
DCS	146 893	155 012	165 220	175 516	183 468	191 252	198 592	206 551	214 542	223 091
Taux de croissance annuel (%)	5,1	5,5	6,6	6,2	4,5	4,2	3,9	4,0	3,9	4,0

* Prise en charge partielle des cotisations sociales des professions de santé.

** Recherche pharmaceutique comprise dans les médicaments.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

nombre des premiers est en diminution alors que celui des seconds est en très forte expansion.

En 2009, plus de 6 milliards d'euros ont été consacrés aux soins en EHPA ou EHPAD, ce qui représente une augmentation de 22% par rapport à 2008.

Ce montant, qui a plus que triplé depuis 1995, est à mettre en relation avec l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et l'amélioration de leur prise en charge. Malgré la croissance plus rapide du secteur privé jusqu'en 2008, les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées restent largement majoritaires.

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 2009, on évalue à 1,3 milliard d'euros la consommation de soins réalisée dans les services qui les accueillent.

L'année 2009 a été marquée par une nouvelle progression des **indemnités journalières** (+4,7%), qui s'élèvent à 11,9 milliards d'euros. Après trois années de stabilité due notamment à l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins, la croissance de ces dépenses avait déjà

repris en 2007 (+3,6%) puis en 2008 (+5,8%). La reprise à la hausse de la croissance des indemnités journalières de maladie depuis 2007 s'explique en partie par le dynamisme des créations d'emplois observé de la mi-2006 à la fin du 3^e trimestre 2008.

Avec un montant de 6,2 milliards d'euros, les dépenses de prévention organisée progressent de 12,9% en 2009, cette forte hausse étant due aux dépenses engagées pour la grippe H1N1. Ce montant représente 95,50 euros par habitant. Il inclut les dépenses de prévention individuelle (vaccination, médecine du travail, dépistage organisé, etc.) ou collective (éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, risques environnementaux, crises sanitaires, etc.). En 2009, l'État et les collectivités locales ont financé 58% de ces dépenses, la Sécurité sociale 19% et le secteur privé 23% (médecine du travail et prévention des accidents du travail). Ce sont les dépenses de prévention collective qui ont le plus augmenté en 2009 avec les crédits alloués à l'Eprus (Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires) pour lutter contre la pandémie grippale.

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de la santé ne retracent toutefois qu'une partie des dépenses de prévention : elles ne comprennent pas les actes de prévention réalisés à

l'occasion des consultations médicales ordinaires comptabilisées dans la CSBM. L'ensemble des dépenses de prévention a été estimé par une étude conjointe de l'IRDES et de la DREES à 10,5 milliards d'euros en 2002, montant qui représentait alors 6,4% de la dépense courante de santé; les dépenses de prévention isolées dans les Comptes de 2002 s'élevaient à 4,7 milliards d'euros, soit 45% des dépenses totales de prévention.

Les subventions au système de soins s'élèvent à 1,9 milliard d'euros en 2009, soit une évolution de +0,9% par rapport à 2008. Il s'agit de la prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé. Ce dispositif, mis en place en 1960 pour les seuls médecins afin de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements), a été progressivement élargi à d'autres professions de santé.

Les dépenses de **recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2009, soit 117 euros par habitant. En 2001, la part des financements publics et celle des financements privés étaient équivalentes. Depuis, la place du secteur privé (industries pharmaceutiques et secteur associatif) a progressé pour atteindre 58% en 2009.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** fournies par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ont atteint 1,3 milliard d'euros en 2009. Elles sont en forte augmentation pour la troisième année consécutive: +7,6% en 2009 après +7,2% en 2008 et +9,7% en 2007. Elles concernent les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire, mais aussi les instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux. À ces dépenses de formation initiale s'ajoutent celles de la formation continue.

Enfin, les coûts de **gestion de la santé** sont évalués en 2009 à 15,3 milliards d'euros. Ils comprennent les frais de gestion des organismes suivants:

- les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'assurance-maladie de base,
- les organismes complémentaires: mutuelles, assurances, et institutions de prévoyance,

- le ministère chargé de la Santé,
- les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

Dans les données actuelles des Comptes de la santé, l'estimation des coûts de gestion n'est pas satisfaisante. Des travaux méthodologiques sont en cours pour mieux identifier tous ces éléments de coût à partir des données collectées par l'autorité de contrôle prudentiel; ils devraient permettre de présenter en 2011 une estimation plus précise des coûts de gestion des différents organismes.

Dans le financement de la CSBM, le reste à charge des ménages reste stable par rapport à 2008

Les évolutions présentées ci-dessus sont différentes de celles récemment publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (rapport de juin 2010). Les trois agrégats des comptes nationaux de la santé (DCS, CSBM et DTS), différent en effet quant au champ de ceux présentés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale (encadré 2). Les Comptes de la santé permettent notamment d'apprécier la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé: assurance maladie, État, organismes complémentaires et ménages.

Atteignant 132,7 milliards d'euros en 2009, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la CSBM se stabilise en 2009: elle est de 75,5% comme en 2008. De 1995 à 2005, cette part était restée globalement stable, autour de 77% (tableau 6). Cette stabilité était le résultat de plusieurs évolutions de sens contraires: la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, comme l'optique) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires¹), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du

¹ • Depuis 1995, le poids des dépassements d'honoraires s'est sensiblement accru dans le reste à charge des ménages car leur montant augmente beaucoup plus vite que la CSBM (doublement en 15 ans entre 1990 et 2005) – cf. le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux.

encadré 2 • Des Comptes nationaux de la santé aux Comptes de la Sécurité sociale et à l'ONDAM

Les agrégats des comptes de la santé sont des agrégats économiques: ils cherchent à retracer les dépenses effectuées au cours de l'année concernée. Ils sont ainsi corrigés pendant trois ans pour intégrer les révisions afférentes à une année considérée. L'année 2009 présentée ici est provisoire et sera révisée en 2011 (compte semi-définitif), puis en 2012 (compte définitif).

Les comptes des régimes d'assurance-maladie présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale relèvent de la même logique, ils sont toutefois définitivement figés en septembre de l'année n+2. Ils se diffèrent ainsi de ceux des caisses qui sont quant à eux définitivement figés en mars de l'année n+1, lors de la clôture des comptes. Ces derniers s'approchent eux aussi des dates effectives des soins par l'intégration des variations de provisions.

Les agrégats des Comptes de la santé sont donc proches de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en termes de concepts (cf. fiche 15-2 du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2008). Ils diffèrent néanmoins de l'ONDAM en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'assurance-maladie (ainsi que certaines dépenses de la branche AT/MP), alors que les comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé, qu'elle soit financée par l'assurance-maladie, l'État, les organismes complémentaires et les ménages, ou qu'elle soit non financée (déficit des hôpitaux publics Cf. annexe 3.2).

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

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail;
- des soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées et personnes précaires prises en charge par les régimes d'assurance-maladie;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (FIQCS, FAC...);
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes handicapées, des dotations à des structures accueillant des personnes précaires, des dotations à divers fonds et des dépenses des ressortissants 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, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Tableau 5 • Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 2009

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	132,7
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,0
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	9,1
+ Soins aux personnes âgées en établissement (2)	6,2
+ Ondam personnes handicapées	7,7
+ Dotations à différents fonds en soins de ville (FAC, télétransmission)	0,2
+ Autres prises en charge (3)	1,0
Total	158,9
Écart = déficit des hôpitaux publics et ajustements divers	-0,5
ONDAM (données provisoires - CCSS juin 2010)	158,4

1. dans les comptes de la santé y compris déficit des hôpitaux (cf. annexe 3.2).
2. comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD. 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 2009).
3. FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA.

Sources • DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2010 pour l'ONDAM.

tableau 6 ● Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

en %

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale de base (1)	77,1	77,1	77,1	77,0	76,3	76,2	75,5	75,5
État et CMU-C org. de base	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3
Organismes complémentaires (2)	12,2	12,8	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7	13,8
dont Mutuelles (2)	7,3	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7
Sociétés d'assurance (2)	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6
Institutions de prévoyance (2)	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
TOTAL	100,0							

(1) y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie (graphique 11). L'année 2009 marque ainsi une rupture, avec la stabilisation de cette part.

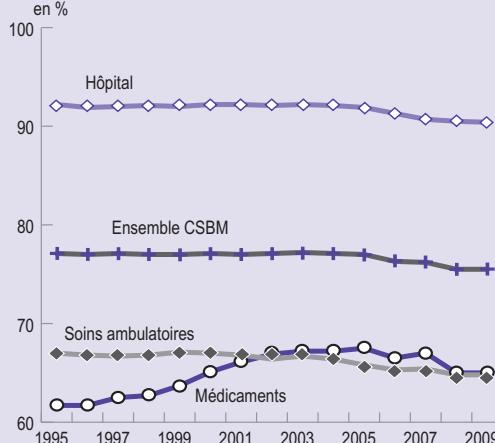
La prise en charge par les **organismes complémentaires** est tendanciellement orientée à la hausse (graphique 12). Elle atteint 24,3 milliards d'euros en 2009, soit 13,8 % de la CSBM contre 13,7 % en 2008. Cette progression est faible par rapport aux évolutions des années antérieures; elle est imputable essentiellement à la dyna-

mique de croissance des biens médicaux pris en charge par les organismes complémentaires (+6,2 % en 2009, après +8,3 % en 2008).

Entre 2005 et 2008, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé avait en effet sensiblement augmenté, passant de 13,2 % en 2005 à 13,7 % en 2008. Cette progression était le résultat de deux évolutions contraires: une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments, la part des organismes complémentaires dans les soins ambulatoires restant stable, de l'ordre de 20 %.

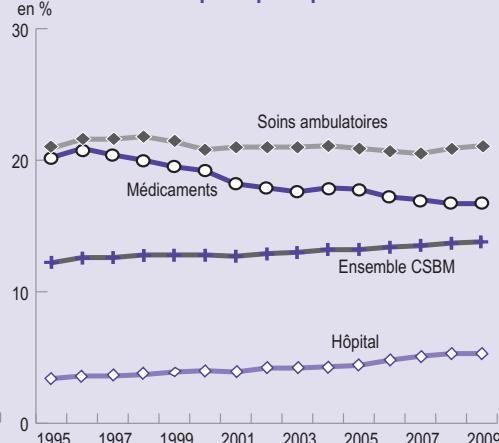
Entre 2005 et 2008, cette progression s'expliquait notamment par les hausses du forfait journalier à

graphique 11 ● Prise en charge par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM

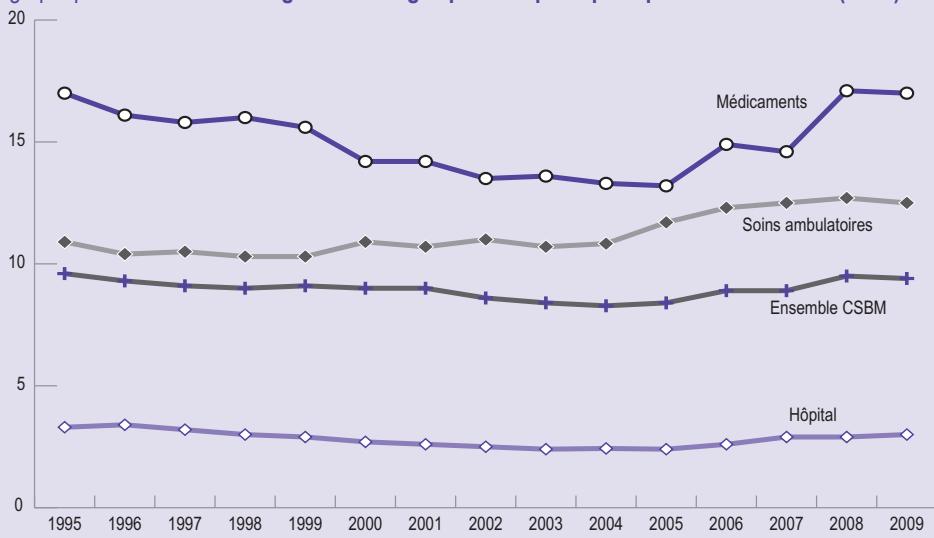


Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 12 ● Prise en charge par les organismes complémentaires des principaux postes de la CSBM



graphique 13 ● Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

l'hôpital, ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'est ajoutée une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les «autres biens médicaux» (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis neuf ans: elle atteint 37,1% en 2009 alors qu'elle n'était que de 26,3% en 2000. L'augmentation des postes «Soins hospitaliers» et «Autres biens médicaux» dans les prestations des organismes complémentaires avait de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments. Ces organismes occupent en effet une part moins importante dans les dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, ce qui a augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires pour les médicaments est ainsi passée de 17,8% en 2005 à 16,7% en 2009.

Si l'on ajoute la contribution des organismes complémentaires au Fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires passe à 14,6% de la CSBM. En effet, cette contribution est constituée d'une taxe sur le montant des

primes ou cotisations santé émises ou recouvrées par les organismes complémentaires, dont le taux est passé de 2,75% en 2008 à 5,9% au 1^{er} janvier 2009. La contribution nette des organismes complémentaires au Fonds CMU s'élève à 1,5 milliard d'euros en 2009 contre 0,5 milliard en 2008.

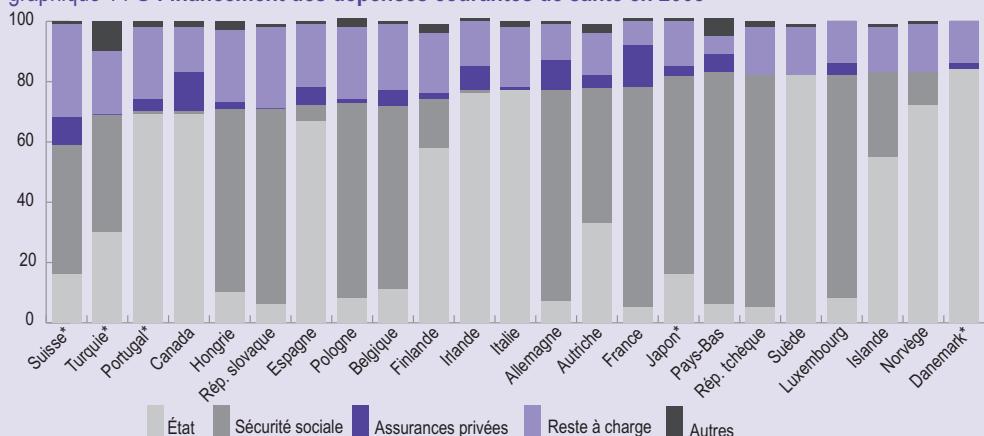
Le **reste à charge des ménages** atteint 16,4 milliards d'euros en 2009, soit 9,4% de la CSBM contre 9,5% en 2008; la hausse enregistrée entre 2005 et 2008 est ainsi interrompue (graphique 13). Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3%).

Le reste à charge des ménages avait diminué de 1995 à 2005, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution était orientée à la hausse puisqu'il était passé de 8,4% en 2005 à 8,9% en 2006-2007 et 9,5% en 2008. Cette reprise s'expliquait par les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100% par les régimes de base.

Le reste à charge avait augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'était accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux) et destinées à contribuer au financement des plans de santé publique.

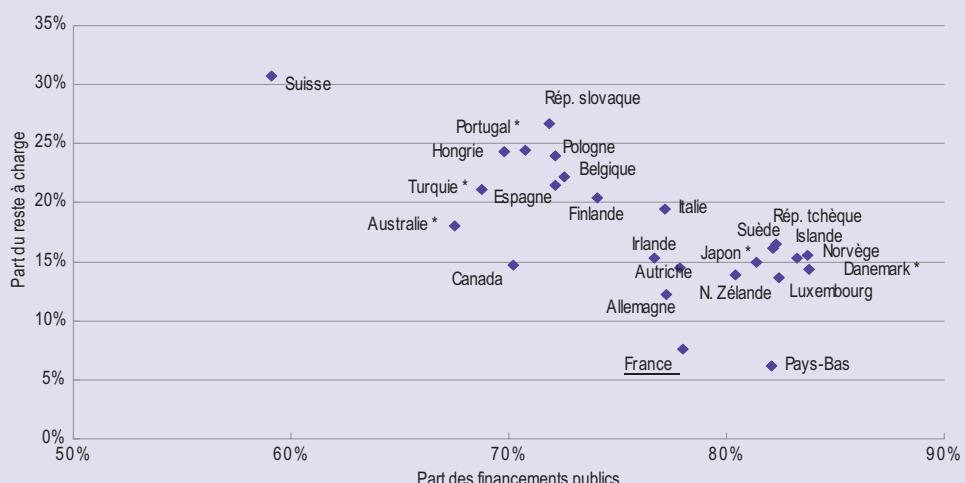
Notons que la France est un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Islande, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France (graphique 14). Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France (graphique 15).

graphique 14 ● Financement des dépenses courantes de santé en 2008



* Données 2007. Sources • Éco-santé OCDE 2010, juin 2010.

graphique 15 ● Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé en 2008



Données 2007. Sources • Éco-santé OCDE 2010, juin 2010.

Pour en savoir plus

- Fenina A., Geffroy Y., «La méthodologie des Comptes de la santé en base 2000», DREES, *Document de travail - Série Statistiques*, n° 99, juillet 2006.
- Arnault S., Evain F., Fizzala A., Leroux I., «L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle», DREES, *Études et Résultats*, n° 716, février 2010.
- Bellamy V., «Les revenus libéraux des médecins 2007-2008», DREES, *Études et Résultats*, n° 735, juillet 2010.
- Collet M., Sicart D., «Les chirurgiens-dentistes en France: situation démographique et analyse des comportements en 2006», DREES, *Études et Résultats*, n° 594, septembre 2007.
- W. Thao Khamsing, «Les dépenses de médicaments remboursables en 2008», DREES, *Études et Résultats*, n° 729, juin 2010.
- Fenina A., Geffroy Y., Minc C., Renaud T., Sarlon E., Sermet C., «Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologies en France», DREES, *Études et résultats*, n° 504, juillet 2006.
- Bressé S., «Les services des soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins aux personnes âgées en 2002», DREES, *Études et Résultats*, n° 350, novembre 2004.
- Lê F., Raynaud D., «Les indemnités journalières», DREES, *Études et Résultats*, n° 595, septembre 2007.
- Fenina A., «55 années de dépenses de santé – Une rétropérolation de 1950 à 2005», DREES, *Études et Résultats*, n° 572, mai 2007.

Dossiers

- Localisation des professionnels de santé libéraux
- La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté
- Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation

Localisation des professionnels de santé libéraux

Muriel BARLET et Clémentine COLLIN (DREES)

La présente étude s'intéresse à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi qu'à certains des médecins spécialistes en accès direct (en pédiatrie, en ophtalmologie, en gynécologie) en France métropolitaine en 2008. À l'échelle des bassins de vie, les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population. Ainsi, même s'il peut exister localement des problèmes d'accès géographique à ces professionnels, ce résultat suggère que ce phénomène est globalement limité. Les autres professionnels de premier recours sont un peu moins bien répartis que les médecins généralistes libéraux. Enfin, les médecins spécialistes présentent l'adéquation avec la population la plus faible des professions étudiées. L'étude distingue pour les médecins généralistes les médecins de moins de 40 ans. Ces derniers ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères au regard de la répartition de la population. L'étude des situations de colocalisation (présence simultanée dans une même zone géographique) montre que les autres professionnels de santé et, en particulier les médecins spécialistes, tout en étant moins bien répartis sur le territoire que leurs confrères généralistes, sont plus fréquemment présents parmi les équipements ou services à proximité des médecins généralistes libéraux que sur l'ensemble du territoire. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont, quant à eux, plutôt installés à proximité d'un de leurs jeunes confrères.

L'un des objectifs de la loi HPST¹ (Hôpital, patients, santé et territoires) est d'assurer une offre de soins accessible à tous. L'accessibilité dépend de nombreux facteurs mais elle est indissociable de la proximité géographique. Ainsi, depuis quelques années, les pouvoirs publics cherchent à améliorer la répartition des professionnels de santé, afin d'éviter que n'apparaissent ou ne s'étendent des déserts médicaux. Depuis 2007, l'avenant n° 20 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie prévoit une majoration des honoraires de 20% pour les médecins généralistes libéraux exerçant en groupe, dans le secteur à honoraires opposables et installés dans des zones déficitaires (telles que définies par les missions régionales de santé en 2006). Cette mesure vise à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes dans ces zones. De plus, à partir de la rentrée universitaire 2010-2011 les étudiants en médecine pourront se voir proposer des contrats d'engagement de service public. Ces contrats prévoient le versement d'une allocation mensuelle aux étudiants en médecine en échange de leur engagement à exercer dans des lieux d'exercice ciblés pour une durée égale à celle pendant laquelle aura été versée l'allocation mensuelle. De tels contrats pourront en particulier être utilisés pour assurer l'installation et le renouvellement des médecins dans des zones sous-dotées ou en passe de le devenir. Enfin, l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmiers libéraux, mis en œuvre en avril 2009, porte également sur l'amélioration et la préservation de l'accès aux soins. Il prévoit une aide forfaitaire pour les infirmiers libéraux installés dans des zones «très sous-dotées». À l'inverse, dans les zones «sur-dotées» en infirmiers libéraux, l'accès au conventionnement ne pourra intervenir que si un infirmier libéral conventionné cesse définitivement son activité dans la zone.

Différentes mesures sont donc mises en place pour lutter localement contre les déficits en professionnels de santé. Néanmoins, si l'ampleur globale de ces déficits a été régulièrement évaluée, les indicateurs et les méthodes utilisés continuent de faire débat. L'objectif premier de

cet article est donc d'enrichir les analyses existantes sur le niveau d'adéquation entre la localisation des professionnels de santé libéraux et celle de la population en France métropolitaine. Cette quantification est ici principalement fondée sur des méthodes issues des théories économiques de la localisation des entreprises généralement appliquées aux secteurs industriels. Ces méthodes, décrites en annexe, permettent de mesurer les inégalités spatiales de répartition des professionnels de santé. Ainsi, on peut classer les professions de santé étudiées en fonction de l'adéquation entre leur répartition spatiale et celle de la population. Ce classement permet de mettre en exergue les professions de santé pour lesquelles la répartition spatiale paraît aujourd'hui la plus inégale. En outre, afin de donner des éléments de référence, on compare la répartition des professionnels à celle d'équipements ou services de proximité, tels que les commerces de détail ou les écoles. Ces méthodes s'appuient sur des mesures de densités des professionnels de santé à une échelle géographique fine; néanmoins elles ignorent la notion de temps d'accès aux soins. Cette approche complémentaire est développée dans d'autres travaux en cours de la DREES.

Pour affiner l'analyse, la répartition des professionnels de santé est également comparée à celle des personnes de plus de 75 ans. En effet, les besoins en soins augmentant avec l'âge, cette comparaison peut être plus pertinente pour certaines professions. Enfin pour les médecins généralistes libéraux, piliers du système de soins français, une attention particulière est portée aux médecins de moins de 40 ans afin de détecter d'éventuels problèmes à venir.

Dans un second temps, l'étude traite des situations de présence simultanée de différents équipements dans une même zone géographique («colocalisation»). À l'heure où les différentes mesures (bourses d'études conditionnées à un engagement d'installation, primes d'installation, primes d'exercice forfaitaires...) incitent les professionnels de santé à s'installer dans des zones dites sous-dotées s'appuient principalement sur des leviers financiers, il paraît pertinent de cher-

1 • Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dont le titre II porte sur l'accès de tous à des soins de qualité».

cher également d'autres déterminants du choix du lieu d'installation. En effet, la réussite de telles politiques d'incitations financières dépend de leur capacité à contrebalancer les déterminants naturels des choix de localisation des professionnels. Par exemple, pour les médecins généralistes libéraux (Samson, 2009) montre qu'une partie d'entre eux exercent dans des départements où la qualité de vie est meilleure quitte à percevoir des revenus relativement faibles. Ainsi, le niveau de leur rémunération est loin d'être le seul déterminant de leur localisation. Étudier la colocalisation entre les médecins généralistes libéraux et les autres équipements (principalement des équipements de santé, mais aussi des services de proximité tels que les commerces de détail, les écoles ou les banques) permet de repérer ceux que les médecins favorisent dans leur environnement et réciproquement. Afin d'être pertinente, cette étude est menée à une échelle géographique très fine, infra-communale lorsque les données le permettent. Ceci permet de mieux comprendre le type d'environnement de proximité que les médecins valorisent.

Le calcul des différents indicateurs proposés nécessite des données abondantes, de qualité et finement localisées. Ce travail est effectué à partir de la base permanente des équipements 2008 de l'INSEE qui recense 137 types d'équipement dans les domaines des services aux particuliers, du commerce, de l'enseignement, de la santé et action sociale, des transports et déplacements, du sport, loisirs et culture et du tourisme à partir de diverses bases administratives. Les équipements sont localisés avec précision pour les communes de plus de 10 000 habitants ; pour les autres communes, les équipements sont localisés au chef-lieu de la commune (mairie).

La suite de cet article est organisée comme suit. La première partie présente de façon détaillée les professionnels de santé et les équipements étudiés. La seconde partie compare la répartition des professionnels de santé libéraux à celle de la population. La troisième partie s'attache à décrire l'environnement des médecins généralistes à partir de résultats sur la colocalisation de ceux-ci avec d'autres équipements et services (au sens de la base permanente des équipements de l'INSEE).

Des professionnels de santé aux implantations géographiques variées

Cette étude se focalise sur les professionnels de santé libéraux suivants : médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, spécialistes en gynécologie, spécialistes en ophtalmologie et spécialistes en pédiatrie, c'est-à-dire, les professionnels qualifiés généralement de premiers recours et des spécialistes en accès direct. Pour ces professionnels, une implantation suivant celle de la population paraît particulièrement souhaitable. En outre, pour les médecins généralistes libéraux, les médecins de moins de 40 ans (considérés comme nouvellement installés) sont étudiés séparément afin d'anticiper les évolutions. La répartition géographique de ces professionnels est comparée à celle des autres équipements et services présents dans la base permanente des équipements en 2008. Cette base ainsi que les autres sources de données mobilisées sont présentées dans l'encadré 1.

Pour cette étude, le choix de la maille géographique sous-jacente à la représentation et au calcul des inégalités de répartition est primordial. On fait, en effet, implicitement l'hypothèse que tous les habitants d'une maille géographique font face à la même offre de service puisque le temps d'accès n'est pas pris en compte. Le choix de la taille pertinente dépend donc de l'objet de l'étude. Pour un service de proximité, il est logique de choisir une maille petite alors que pour un service supérieur, comme les universités par exemple, l'échelle de la région paraît appropriée. Toutefois, les indicateurs de répartition spatiale pour différents services ne sont comparables que s'ils sont calculés à partir de la même maille géographique. Notre étude étant centrée sur les professionnels de santé de proximité, nous avons choisi de retenir le bassin de vie ou « canton-ou-ville » pour tous les équipements.

En dehors des unités urbaines de plus de 30 000 habitants, le territoire français métropolitain est découpé en 1 745 bassins de vie (Julien, 2007). Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi. Au sein des unités

urbaines de plus de 30 000 habitants, nous avons choisi d'utiliser le découpage en «cantons-ou-ville». À la différence du canton, le «canton-ou-ville» est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières. Dans les agglomérations

urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'INSEE considère la commune principale, entière, comme un «canton-ou-ville» unique et

encadré 1 • Sources de données

La base permanente des équipements (BPE) de l'INSEE pour l'année 2008 fournit des informations sur les équipements et services disponibles dans chaque commune. Elle est complétée par des données provenant du répertoire ADELI (Automatisation des listes) pour repérer les médecins généralistes de moins de 40 ans, par des données du recensement de la population et par des données du répertoire géographique des communes (source IGN) pour localiser les chefs-lieux des communes (mairie).

La base permanente des équipements (BPE), remise à jour tous les ans, recense des données individuelles sur les équipements des communes de l'ensemble du territoire français (y compris les DOM). La BPE couvre le commerce et les services, marchands ou non (tels que la santé, l'action sociale, l'enseignement...). La BPE comprend, en 2008, 1 699 343 équipements, provenant de 10 sources administratives externes (FINESS², ADELI médecins, ADELI auxiliaires médicaux, ADELI chirurgiens-dentistes, Ramsese³, Sirene⁴, Hôtels, Campings, Préfectures de police, Gendarmerie nationale) et renseigne 7 domaines d'équipements différents : services aux particuliers, commerces, enseignement, santé et action sociale, transports et déplacements, sport, loisirs et culture, tourisme. Ces grands domaines d'équipements sont divisés en sous-domaines d'équipements, eux-mêmes divisés en types d'équipements (médecins généralistes libéraux, pharmacies, hôtels homologués...) au nombre de 137 en 2008.

Pour les professionnels de santé, la BPE est alimentée par le répertoire ADELI auquel tous les professionnels de santé sont tenus de s'inscrire. Pour les professionnels de santé libéraux sont retenus : les professionnels non-remplaçants de France métropolitaine et DOM travaillant en cabinet ou exerçant dans une société. Si un professionnel a plusieurs cabinets, chaque cabinet est comptabilisé mais en pratique cette situation est rare (elle concerne moins de 3 % des médecins généralistes libéraux).

Pour certains équipements, on dispose directement dans la BPE de leurs coordonnées géographiques en Lambert II*. Il s'agit d'équipements appartenant généralement à des communes de plus de 10 000 habitants pour lesquelles le répertoire d'immeubles localisés (RIL) est renseigné. Pour les équipements non géolocalisés dans la BPE, nous faisons l'hypothèse qu'ils sont situés au chef-lieu (mairie) de la commune. Les coordonnées des chefs-lieux de commune sont disponibles dans le répertoire géographique des communes diffusé par l'IGN. Au total, 54 % des équipements de la base sont localisés en Lambert II de façon très précise et les 46 % restants sont localisés à la mairie de la commune.

Les données de populations sont issues des dernières estimations disponibles du recensement de la population : c'est-à-dire la population municipale au 1^{er} janvier 2007 (dernières mises à jour en mars 2009, limites territoriales au 1^{er} janvier 2008) et les décompositions par tranche d'âge (moins de 14 ans, de 15 à 29 ans, de 30 à 44 ans, de 45 à 59 ans, de 60 à 74 ans et les plus de 75 ans), au 1^{er} janvier 2006. Il s'agit de la population résidente. La population présente, c'est-à-dire la population qui tient compte des migrations touristiques, aurait pu être préférable pour cette étude, néanmoins cette population est plus difficile à évaluer.

* C'est à ce jour la projection la plus couramment utilisée dans les systèmes d'information géographique (SIG) français.

2 • Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

3 • Répertoire académique et ministériel sur les établissements du système éducatif.

4 • Système d'identification du répertoire des entreprises et de leurs établissements.

distinct. Pour la ou les communes périphériques, le «canton-ou-ville» considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton.

La France métropolitaine est ainsi divisée en 3 085 zones, le découpage utilisé n'existant pas pour les DOM, ceux-ci sont exclus du champ de cette étude. Ils pourront néanmoins faire l'objet de développements ultérieurs avec une méthodologie adaptée à leurs spécificités. Si un maillage plus fin avait été retenu, comme la commune par exemple, l'hypothèse sous-jacente aurait alors été qu'un habitant ne bénéficie pas des professionnels des communes voisines. À l'inverse, avec un maillage plus grossier comme le département, l'hypothèse sous-jacente est que l'ensemble des habitants d'un département bénéficie de la même offre de soins. On aurait pu également utiliser un maillage purement administratif comme les cantons mais il semble préférable d'utiliser un maillage, là où il existe, tenant compte de la réalité économique tel que les bassins de vie.

D'après la BPE 2008, la France métropolitaine compte 64 000 médecins généralistes libéraux. Plus exactement, la BPE recense 64 000 adresses d'exercice pour les médecins généralistes libéraux. Les professionnels de santé ayant plusieurs lieux d'exercice apparaissent plusieurs fois dans la BPE (mais cela concerne moins de 3 % des médecins généralistes libéraux) et si deux professionnels partagent un cabinet chacun d'eux est recensé séparément. Par la suite, on assimile chaque enregistrement dans la BPE à un professionnel. D'après le répertoire ADELI, 7 900 des médecins généralistes présents dans la BPE ont moins de 40 ans.

La densité des médecins généralistes libéraux est plus élevée dans le Sud de la France et en Corse que dans le Nord (carte 1). Le premier cinquième des bassins de vie ou «cantons-ou-villes» qui ont les densités médicales les plus élevées se trouvent majoritairement dans le Sud et en partie en Alsace et en Île-de-France. La densité médicale y est alors supérieure à 118 médecins pour 100 000 habitants et peut atteindre 657 médecins pour 100 000 habitants. Au contraire, le dernier cinquième des bassins de vie ou «cantons-ou-villes» qui ont les densités médicales les plus basses sont concentrés dans le Nord de la France

et ne sont présents que de façon très ponctuelle dans le Sud de la France.

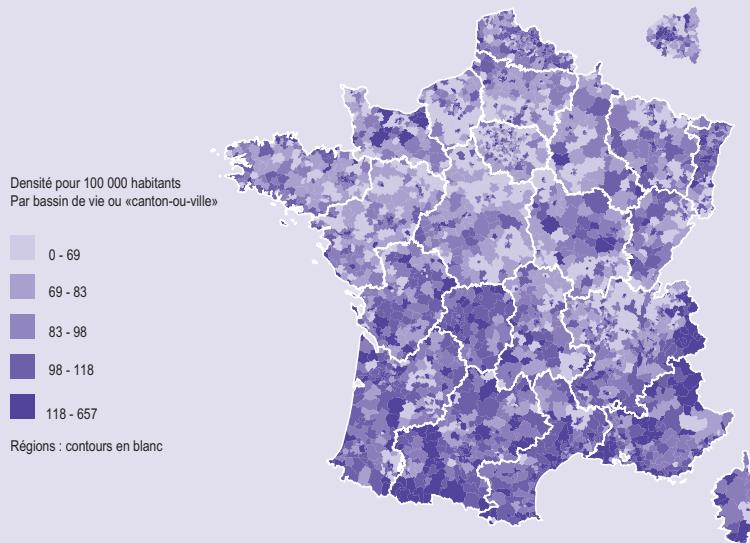
Les jeunes médecins présentent une répartition sur le territoire de France métropolitaine sensiblement différente (carte 2): chacune des classes apparaît sur l'ensemble du territoire. De nombreux bassins de vie ou «cantons-ou-villes» de la classe des densités médicales les plus élevées se trouvent dans le Sud, mais ces bassins de vie apparaissent également en nombre assez élevé dans le Nord-Pas-de-Calais, en Lorraine, en Franche-Comté, et le long des côtes. Cela suggère soit que les jeunes médecins tendent à combler les départs à la retraite de leurs aînés, soit que le Sud de la France exerce un «effet tampon» sur l'installation des jeunes médecins par manque de place (phénomène de saturation).

Pour les autres professionnels de premier recours, la BPE recense au 1^{er} janvier 2008: 23 200 pharmacies, 60 400 infirmiers, 52 900 masseurs-kinésithérapeutes et 38 500 chirurgiens-dentistes. Les densités de pharmacies par bassin de vie ou «cantons-ou-villes» s'échelonnent de 0 à 352 pharmacies pour 100 000 habitants. La localisation des bassins de vie ou «cantons-ou-villes» les mieux dotés en pharmacies présente peu de spécificité mis à part en Alsace où les densités sont moindres (carte 3). En revanche, les densités d'infirmiers libéraux sont plus élevées en Bretagne et dans le Sud de la France (carte 4).

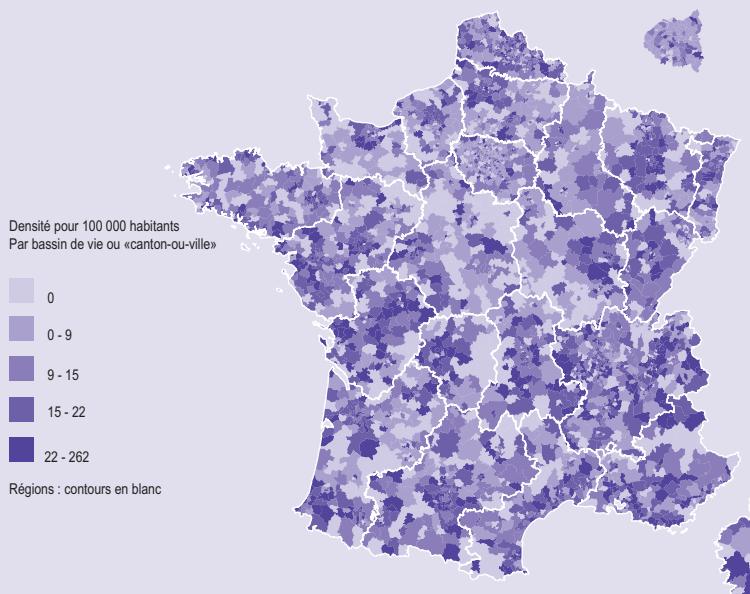
Pour les chirurgiens-dentistes (carte 5) et les masseurs-kinésithérapeutes (carte 6) libéraux, il y a également un fort clivage Nord-Sud. L'Île-de-France apparaît également comme une région bien dotée pour ces deux professions. Pour les chirurgiens-dentistes l'Alsace est également bien dotée et pour les masseurs-kinésithérapeutes le Nord-Pas-de-Calais se distingue par des densités élevées.

Enfin, pour les spécialités en accès direct étudiées, la BPE recense 5 200 spécialistes en gynécologie libéraux, 2 700 spécialistes en pédiatrie libéraux et 4 900 spécialistes en ophtalmologie libéraux. Pour ces médecins spécialistes (cartes 7, 8 et 9), les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» qui présentent les densités les plus élevées sont en Île-de-France et en particulier dans l'agglomération parisienne.

carte 1 ● Densité de médecins généralistes libéraux en 2008



carte 2 ● Densité de médecins généralistes libéraux récemment installés (âgés de moins de 40 ans) en 2008



Champ • (carte 1) : médecins généralistes libéraux non-remplaçants de France métropolitaine travaillant en cabinet ou exerçant dans une société.

Sources • (carte 1) : INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE - Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes », définition 2008 ; INSEE - Population municipale 2007 ; exploitation DREES.

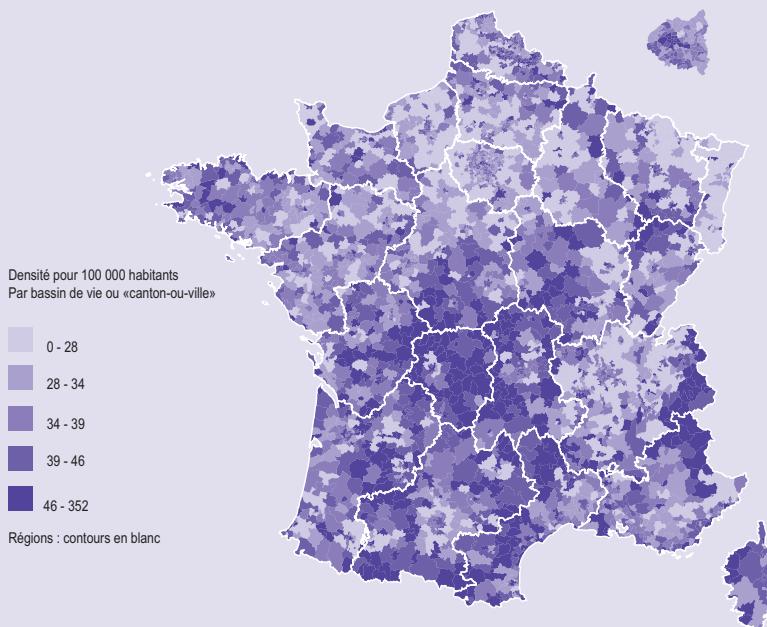
Champ • (carte 2) : Médecins généralistes libéraux non-remplaçants de moins de 40 ans, de France métropolitaine, travaillant en cabinet ou exerçant dans une société.

Sources • (carte 2) : INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE - Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes », définition 2008 ; INSEE - Population municipale 2007 ; exploitation DREES. DREES - Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2008.

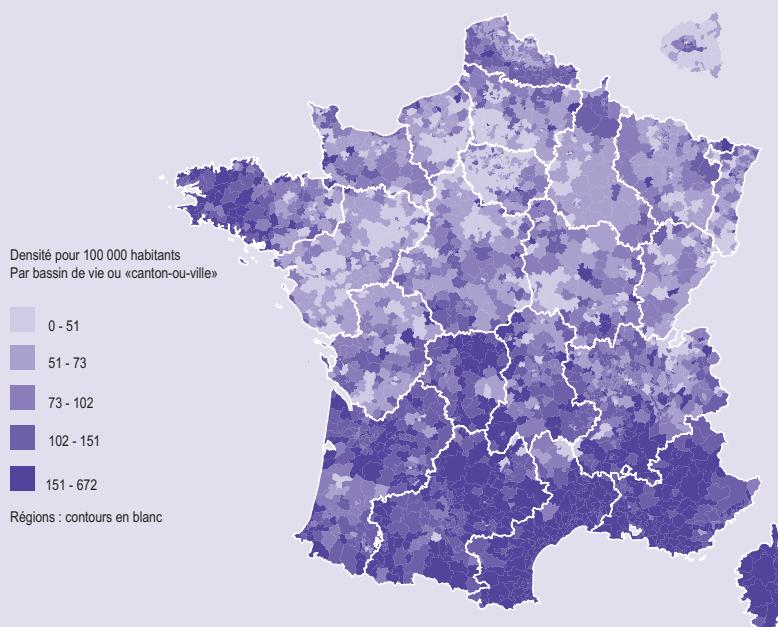
Lecture • Les classes contiennent chacune le même nombre de bassins de vie ou « cantons-ou-villes », ce qui permet une meilleure comparaison des cartes entre elles du point de vue de la localisation. L'étendue des tranches étant différente d'une carte à l'autre, ces cartes ne se prêtent pas à une comparaison des écarts de densité (cf. encadré 2) ou inégalités.

© DREES, 2010.

carte 3 ● Densité de pharmacies en 2008



carte 4 ● Densité d'infirmiers en 2008



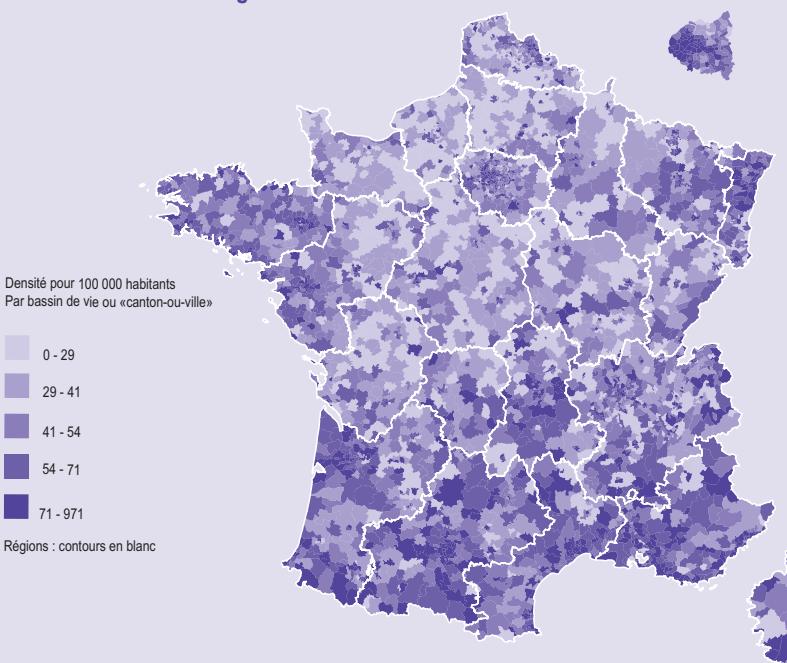
Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » définition 2008 ; INSEE – Population municipale 2007 ; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

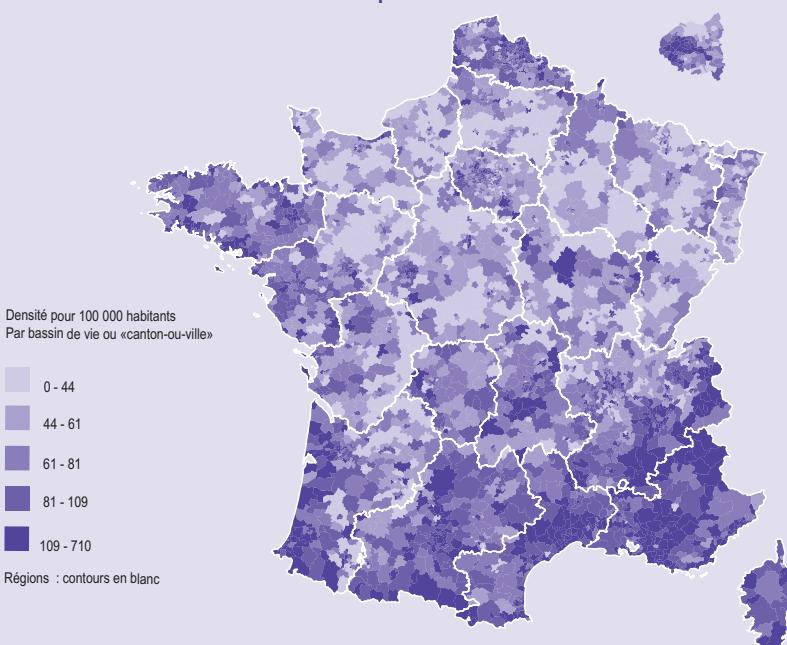
Lecture • Les classes contiennent chacune le même nombre de bassins de vie ou « cantons-ou-villes », ce qui permet une meilleure comparaison des cartes entre elles du point de vue de la localisation.

© DREES, 2010.

carte 5 ● Densité de chirurgiens-dentistes en 2008



carte 6 ● Densité de masseurs-kinésithérapeutes en 2008



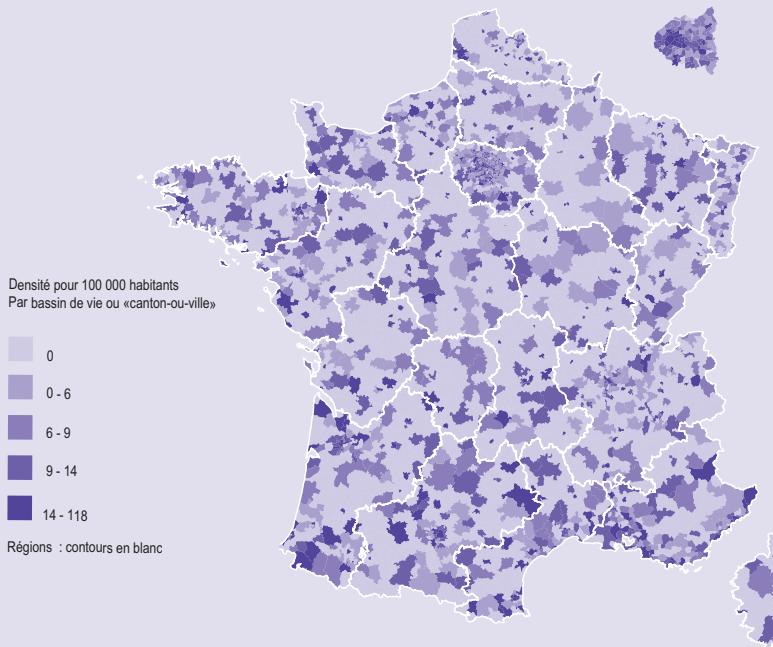
Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » définition 2008; INSEE – Population municipale 2007; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

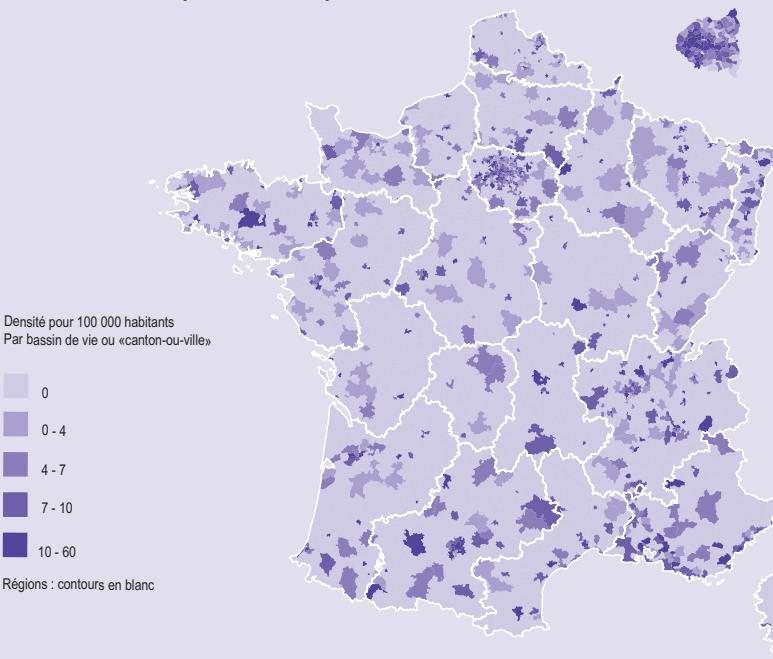
Lecture • Les classes contiennent chacune le même nombre de bassins de vie ou « cantons-ou-villes », ce qui permet une meilleure comparaison des cartes entre elles du point de vue de la localisation.

© DREES, 2010.

carte 7 ● Densité de spécialistes en ophtalmologie en 2008



carte 8 ● Densité de spécialistes en pédiatrie en 2008



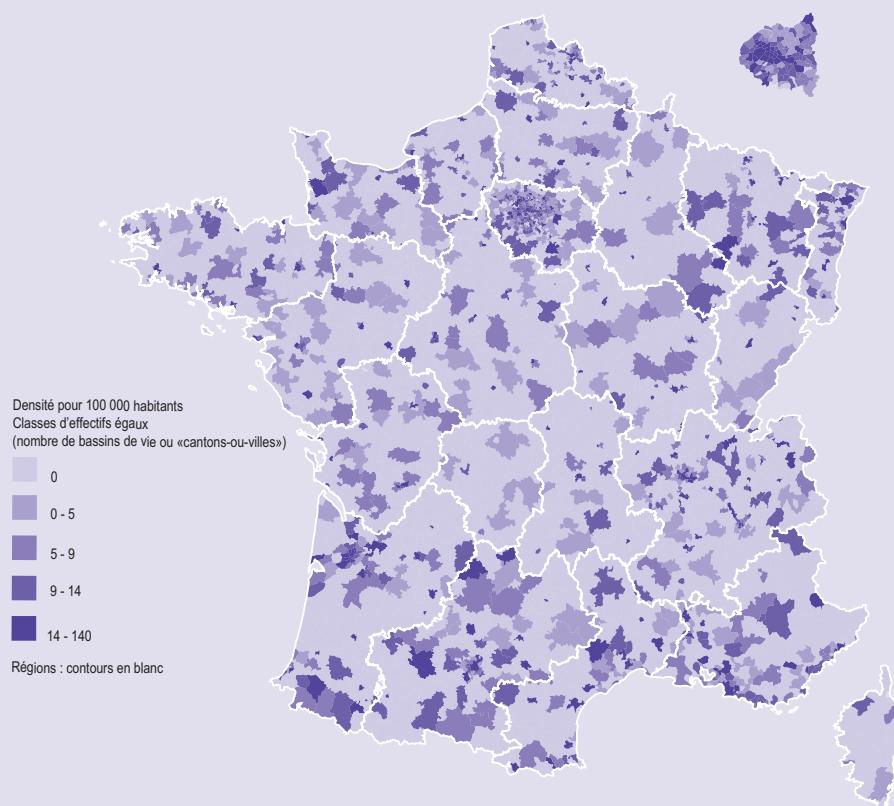
Sources • INSEE – Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; INSEE – Base des bassins de vie et «cantons-ou-villes» définition 2008; INSEE – Population municipale 2007; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

Lecture • Les classes contiennent chacune le même nombre de bassins de vie ou «cantons-ou-villes», ce qui permet une meilleure comparaison des cartes entre elles du point de vue de la localisation.

© DREES, 2010.

carte 9 ● Densité de spécialistes en gynécologie en 2008



Sources • INSEE – Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » de définition 2008 ; INSEE – Population municipale 2007 ; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

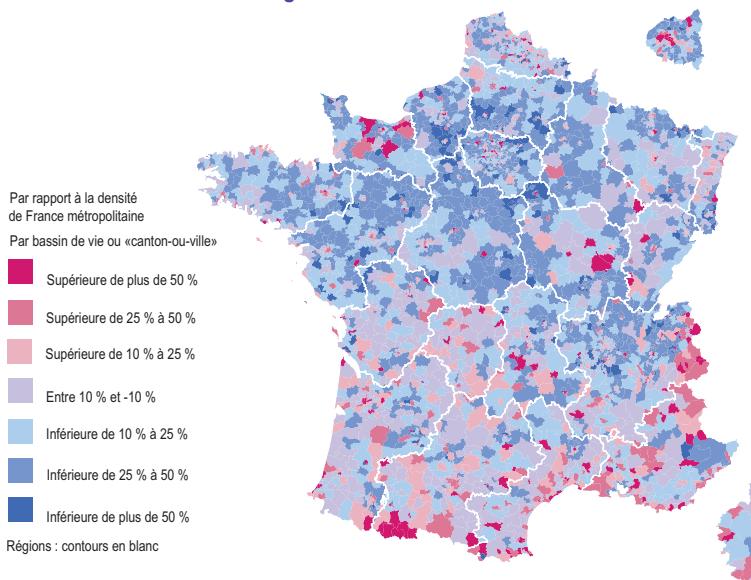
Lecture • Les classes contiennent chacune le même nombre de bassins de vie ou « cantons-ou-villes », ce qui permet une meilleure comparaison des cartes entre elles du point de vue de la localisation.

© DREES, 2010.

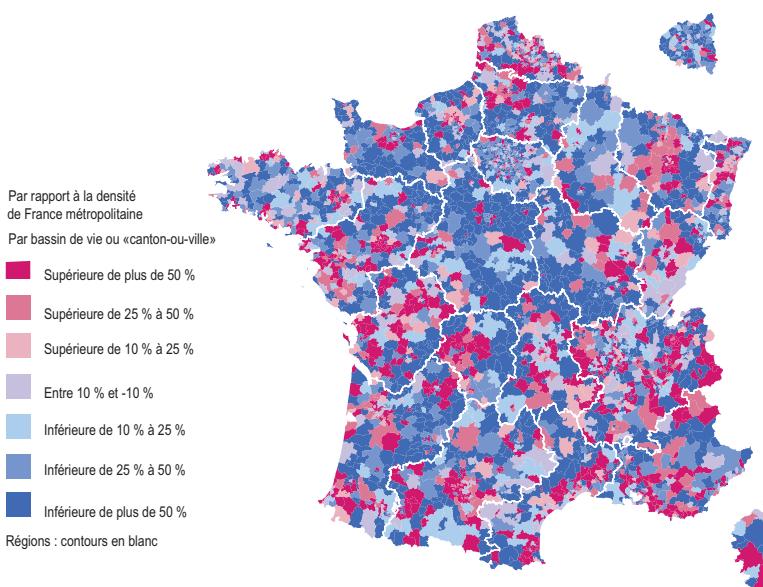
encadré 2 • Inégalités spatiales comparées

Les cartes proposées précédemment dans l'article sont adaptées pour étudier la localisation des différentes professions de santé. Néanmoins, ces cartes ne permettent pas de comparer la dispersion territoriale des professions de santé étudiées. Cet encadré présente les cartes de densité des mêmes professions de santé avec des limites de classes communes (en écart – en % – positif ou négatif par rapport à la densité de France métropolitaine).

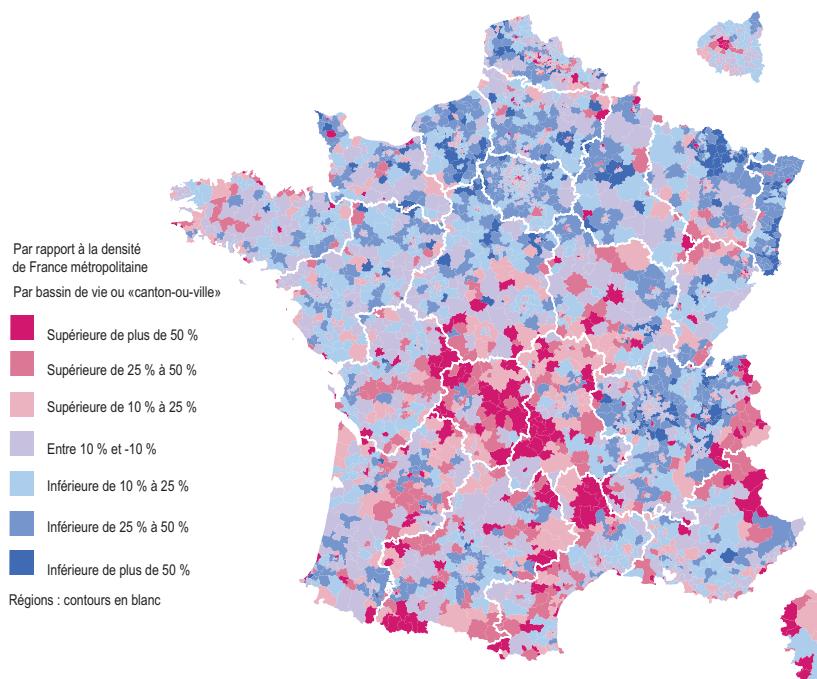
carte 10 ● Densité de médecins généralistes libéraux en 2008



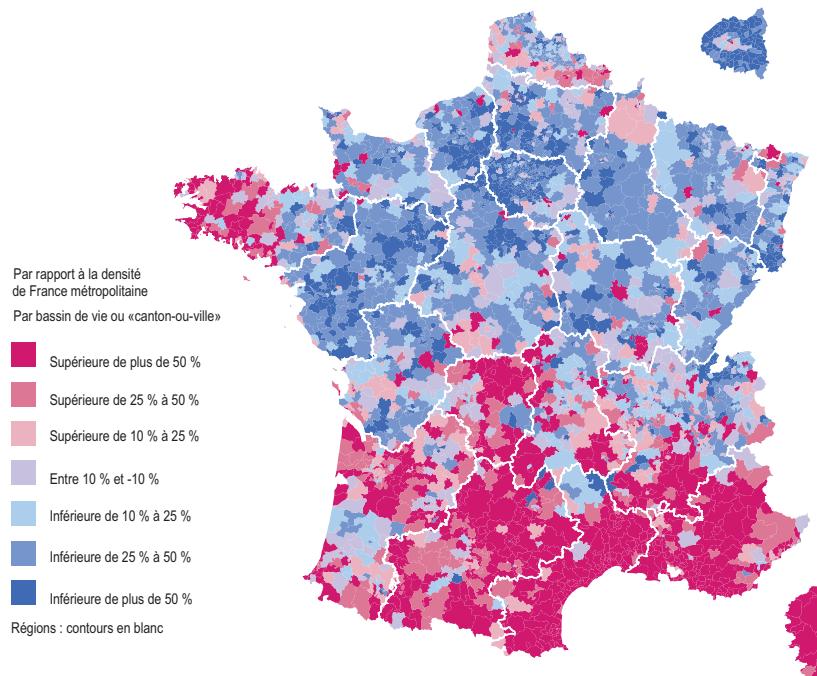
carte 11 ● Densité de médecins généralistes libéraux récemment installés (âgés de moins de 40 ans) en 2008



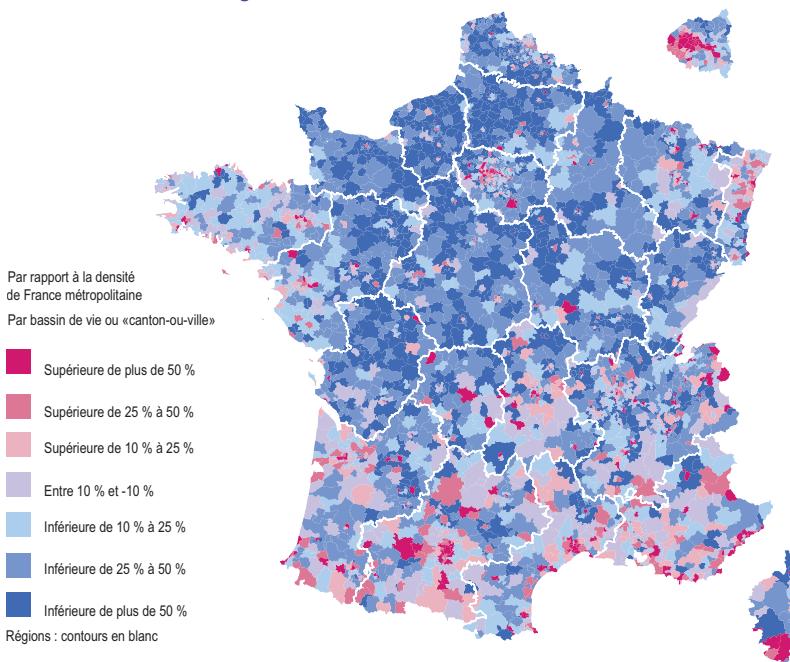
carte 12 ● Densité de pharmacies en 2008



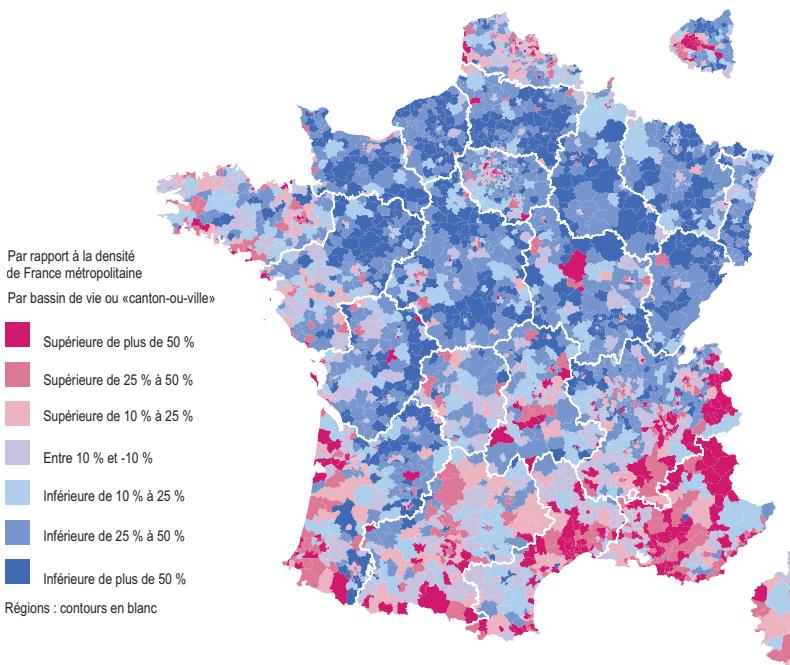
carte 13 ● Densité d'infirmiers en 2008



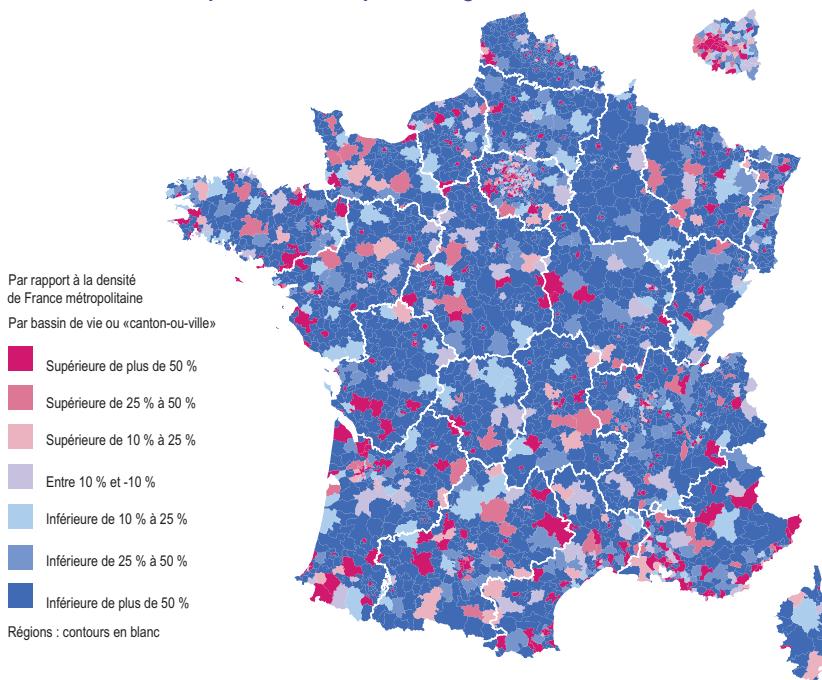
carte 14 ● Densité de chirurgiens-dentistes en 2008



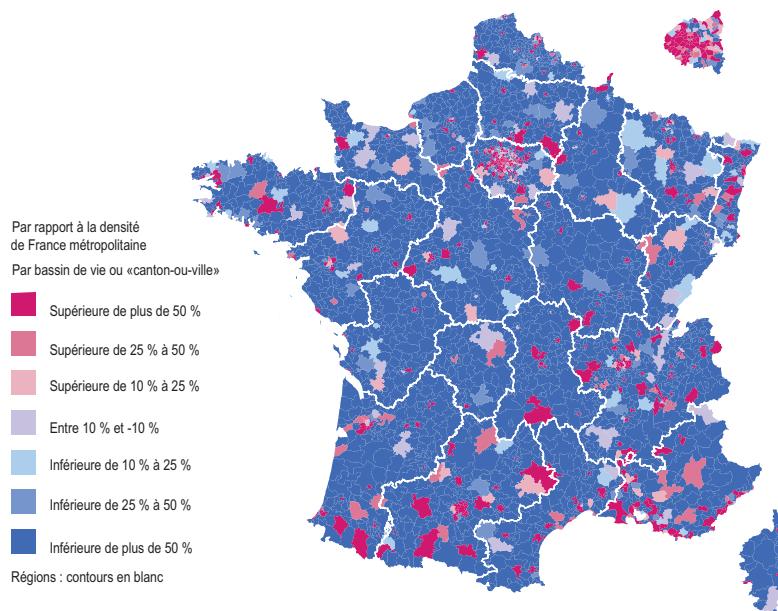
carte 15 ● Densité de masseurs-kinésithérapeutes en 2008



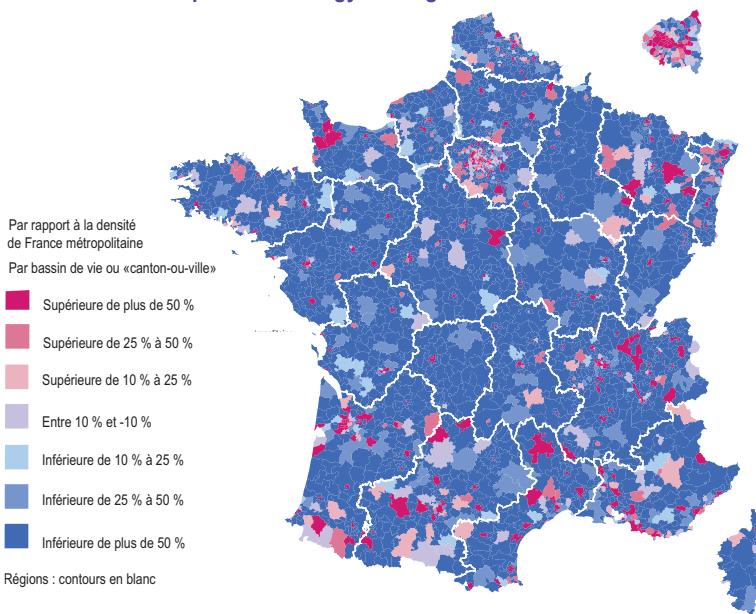
carte 16 ● Densité de spécialistes en ophtalmologie en 2008



carte 17 ● Densité de spécialistes en pédiatrie en 2008



carte 18 ● Densité de spécialistes en gynécologie en 2008



Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE - Base des bassins de vie et «cantons-ou-villes» définition 2008 ; INSEE - Population municipale 2007 ; exploitation DREES ; DREES – Répertoire Adeli au 1^{er} janvier 2008.

Champ • France métropolitaine.

Note • Plus une profession de santé est inégalement répartie en comparaison de la population, plus les couleurs foncées ressortent sur la carte.

© DREES, 2010

Parmi les professions étudiées, les médecins généralistes libéraux (carte 10) semblent les mieux répartis sur le territoire. Peu de bassins de vie ou «cantons-ou-villes» présentent une densité supérieure ou inférieure de plus de 50 % à la densité nationale. Cette relative uniformité n'est pas constatée pour les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans (carte 11). Les écarts à la densité nationale sont beaucoup plus contrastés pour ces médecins que pour leurs aînés. La répartition des pharmacies (carte 12) semble moins homogène que celle des médecins généralistes. Néanmoins, cette impression est en partie un effet visuel dû au fait que les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» les mieux dotés (densité supérieure de plus de 50 % à la densité nationale) ont une surface importante et donc ressortent de la carte même s'ils sont peu nombreux.

La répartition des infirmiers (carte 13) est marquée par un très fort clivage Nord-Sud, sans commune mesure avec celui observé aussi chez les masseurs-kinésithérapeutes (carte 14) et les chirurgiens-dentistes (carte 15). Les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» les mieux dotés sont dans le Sud, les moins bien dotés dans le Nord. Pour ces trois professions, le nombre de bassins de vie ou «cantons-ou-villes» appartenant aux classes extrêmes de densité est plus élevé que pour les médecins généralistes ou les pharmacies.

La répartition des spécialistes étudiés (en gynécologie, carte 16, en pédiatrie, carte 17 et en ophtalmologie, carte 18) est très contrastée. Peu de bassins de vie ou «cantons-ou-villes» apparaissent comme ayant une densité proche de la densité nationale. Au contraire, la plupart des bassins de vie ou «cantons-ou-villes» ont une densité inférieure de plus de 50 % à la densité nationale et quelques bassins de vie ou «cantons-ou-villes», majoritairement situés dans les grandes agglomérations ou dans le Sud ont une densité supérieure de plus de 50 % à la densité nationale.

Bonne adéquation des médecins généralistes libéraux et de la population

Pour étudier la répartition des professionnels de santé libéraux et des autres équipements ou services de la BPE sur le territoire, nous calculons tout d'abord l'indice de Gini (voir annexe méthodologique). Cet indice, développé pour mesurer les inégalités de revenus, est désormais régulièrement utilisé pour caractériser les distributions spatiales. L'indice de Gini est égal à 0 si l'équipement étudié est exactement réparti comme la population (c'est-à-dire que la densité est la même dans tous les bassins de vie ou «cantons-ou-villes») il est très proche de 1 si toutes les unités de l'équipement étudié sont concentrées dans une seule zone.

Selon l'indice de Gini relatif à la population, les pharmacies et les médecins généralistes libéraux

sont des services très bien répartis sur le territoire de France métropolitaine (tableau 1). Ils constituent respectivement les 1^{er} et 3^e équipements et services pour lesquels l'adéquation avec la population est la meilleure, sur les 137 que contient la base. Le niveau de leur adéquation avec la population est proche de celui observé pour les salons de coiffure (2^e équipement) ou les boulangeries (4^e équipement). Les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» (pour les grandes agglomérations) sont relativement égaux en termes de densités de pharmacies et de médecins généralistes libéraux. Les autres professionnels de santé généralement qualifiés de premier recours (masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et infirmiers) sont classés, suivant l'indice de Gini, entre le 14^e et le 24^e rang des équipements et services les mieux en adéquation avec la population. En ce sens, ils sont semblables à des services de proximité tels que les banques, les supermarchés ou les restaura-

tableau 1 ● Classement des équipements et services suivant leur indice de Gini (relatif à la population) à l'échelle des bassins de vie

Équipement ou service	Coefficient de Gini relatif à la population totale	Coefficient de Gini relatif à la population des plus de 75 ans	Rang (Gini relatif à la population totale)	Rang (Gini relatif à la population des plus de 75 ans)
Pharmacies	0,153	0,179	1	3
Salons de coiffure	0,188	0,164	2	1
Médecins généralistes libéraux	0,191	0,223	3	4
Boulangeries	0,215	0,174	4	2
Entreprises d'électriciens	0,265	0,301	13	15
Masseurs-kinésithérapeutes	0,265	0,283	14	14
Entreprises de plâtrage, peinture	0,275	0,302	15	16
Banques Caisse d'épargne	0,275	0,270	16	11
Chirurgiens-dentistes	0,292	0,317	17	19
Supermarchés	0,301	0,304	18	17
Orthophonistes	0,335	0,396	23	33
Infirmiers	0,344	0,309	24	18
Restaurants	0,366	0,365	25	26
Lycées d'enseignement général - technologique	0,552	0,558	55	57
Spécialistes en ophtalmologie	0,566	0,561	56	58
Hôtels homologués	0,577	0,536	57	54
Spécialistes en cardiologie	0,611	0,605	63	64
Spécialistes en pédiatrie	0,612	0,637	64	73
Sages-femmes	0,613	0,622	65	67
Spécialistes en gynécologie (obstétrique+médicale)	0,619	0,621	66	72
Gendarmeries	0,621	0,570	67	59

Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; INSEE - Base des bassins de vie et «cantons-ou-villes» définition 2008; INSEE - Population municipale par tranche d'âge 2006; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

rants. Les médecins spécialistes en accès direct étudiés (en ophtalmologie, en pédiatrie, en gynécologie) se situent entre le 56^e et le 66^e rang des équipements les mieux en adéquation avec la population, ce qui est comparable aux lycées ou aux gendarmeries.

Les infirmiers : plus proches des plus de 75 ans que de la population générale

Pour certains des professionnels de santé étudiés, il est pertinent de comparer leur distribution spatiale non pas à celle de la population mais plus spécialement à celle des personnes âgées, dont les besoins en soins sont plus élevés. Si l'on calcule l'indice de Gini relativement à la population des plus de 75 ans, le classement des équipements les moins inégalement répartis est assez peu modifié. Les médecins généralistes et les pharmacies font partie, avec

les boulangeries et les salons de coiffure, des 4 équipements dont la répartition spatiale est la plus proche de celle des plus de 75 ans. Le classement des autres professionnels de santé de premier recours est également peu modifié. Néanmoins, il est intéressant de noter que pour les médecins généralistes et les pharmacies, le coefficient de Gini pondéré par la population des plus de 75 ans est de 18% supérieur au coefficient de Gini pondéré par l'ensemble de la population. Ceci témoigne d'une adéquation un peu moins forte de la répartition de ces professionnels avec celle des personnes âgées qu'avec celle de l'ensemble de la population. À l'inverse, pour les infirmiers libéraux, l'indice de Gini pondéré par la population des plus de 75 ans est de 10% inférieur à celui pondéré par l'ensemble de la population. La répartition spatiale des infirmiers est donc plus proche de celle des personnes de plus de 75 ans que de celle de l'ensemble de la population. Pour les autres professionnels, l'indice de Gini est pratiquement identique quelle que soit la pondération.

tableau 2 ● Classement des équipements ou services suivant leur coefficient de variation (pondéré par la population) à l'échelle des bassins de vie

Équipement ou service	Coefficient de variation relatif à la population totale	Rang
Pharmacies	4 237	1
Salons de coiffure	4 990	2
Médecins généralistes libéraux	5 224	3
Boulangeries	5 852	4
Entreprises d'électriciens	6 961	11
Masseurs-kinésithérapeutes	6 997	12
Boucheries, charcuteries	7 125	13
Instituts de soins de beauté	9 122	22
Chirurgiens-dentistes	9 253	23
Infirmiers	9 520	24
Laboratoires d'analyses médicales	10 390	25
Supérettes	15 815	46
Spécialistes en ophtalmologie	16 161	47
Orthoptistes	16 505	48
Spécialistes en pédiatrie	16 691	49
Magasins de meubles	16 958	50
ANPE	18 216	59
Spécialistes en gynécologie (obstétrique+médicale)	18 278	60
Centres pour adultes handicapés - hébergement	18 282	61

Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » définition 2008 ; INSEE – Population municipale 2007 ; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

Afin de confirmer ces résultats, d'autres indicateurs d'inégalités spatiales ont été calculés. Tout d'abord, étant donné que la valeur de l'indice de Gini dépend de la maille géographique sous-jacente au calcul, celui-ci a également été calculé à l'échelle des communes, des départements et des régions. Le classement des équipements les plus en adéquation avec la population n'est pas bouleversé par un changement d'échelle géographique⁵. Ainsi, que l'indice de Gini soit calculé au niveau des communes, des départements ou des régions, les pharmacies, les médecins généralistes libéraux, les boulangeries et les salons de coiffure constituent toujours les quatre équipements les mieux répartis sur le territoire. En revanche, pour les infirmiers, le changement de maille géographique sous-jacente au calcul modifie fortement les résultats. Au niveau des communes, les infirmiers sont le 19^e service le plus en adéquation avec la population, alors qu'ils sont le 109^e au niveau des régions. L'implantation particulière des infirmiers explique ces résultats, ce qui est détaillé plus bas.

Le coefficient de variation, qui est un autre indicateur permettant d'ordonner les distributions par bassin de vie ou «canton-ou-ville» des équipements, donne également des résultats similaires (tableau 2). Cet indicateur, sans être préférable à l'indice de Gini, présente des propriétés différentes (voir annexe méthodologique) mais donne un classement des équipements très proche.

L'indice de Theil est aussi fréquemment utilisé, il donne également un classement des équipements très proche de celui qui est obtenu avec l'indice de Gini et avec le coefficient de variation (tableau 3). En outre, cet indice présente une propriété supplémentaire : il permet de distinguer les inégalités entre les régions (inégalités inter-régionales) et les inégalités au sein des régions (inégalités intra-régionales).

Les inégalités de répartition des professionnels de santé sont majoritairement au sein des régions

De la même façon que pour l'indice de Gini, on calcule l'indice de Theil relativement à la population des bassins de vie ou «cantons-ou-villes» pour neutraliser l'effet taille des bassins de vie ou «cantons-ou-villes». La particularité de l'indice de Theil est d'être décomposable, ce qui permet de connaître la part des inégalités inter-régionales ainsi que la part des inégalités intra-régionales (voir annexe). Cette distinction est particulièrement pertinente au moment de la mise en place des ARS qui ont pour mission d'agir dans leur région sur la répartition de l'offre de soins afin de réduire les inégalités d'accès.

Pour toutes les professions de santé libéraux étudiées, sauf les infirmiers, les inégalités de répartition sont majoritairement situées au sein des régions (plus de 70% des inégalités de répartition de chacune des professions de santé étudiées sont dues à des inégalités intra-régionales : tableau 3). Pour les médecins généralistes libéraux, 90% des inégalités de répartition entre les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10% des inégalités sont entre les régions. De même pour les masseurs-kinésithérapeutes les inégalités sont à 74% intra-régionales et pour les spécialistes en ophtalmologie, elles sont même à 95% intra-régionales. Pour ces professions, il est donc indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine de perdre la majeure partie de l'information. À l'inverse, pour les infirmiers seulement 38% des inégalités sont intra-régionales. Ainsi, alors que les infirmiers ont la distribution entre les régions la plus inégalitaire, la distribution des infirmiers entre les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» est moins inégalitaire par exemple que celle des médecins spécialistes étudiés au niveau national comme au sein de chaque région.

5 • La corrélation de rang entre les indices de Gini calculés aux différentes échelles géographiques est comprise entre 60 % (entre les communes et les régions) et 95 % (entre les communes et les bassins de vie).

tableau 3 ● Classement des équipements ou services suivant leur indice de Theil (pondéré par la population) à l'échelle des bassins de vie

Équipement ou service	Indice de Theil	% Theil intra-région	Rang
Pharmacies	0,042	88 %	1
Salons de coiffure	0,059	79 %	2
Médecins généralistes libéraux	0,061	90 %	3
Boulangeries	0,077	72 %	4
Ecoles maternelles	0,114	84 %	10
Masseurs kinésithérapeutes	0,115	73 %	11
Boucheries, charcuteries	0,118	83 %	12
Banques Caisse d'épargne	0,144	93 %	16
Chirurgiens-dentistes	0,153	83 %	17
Supermarchés	0,162	91 %	18
Instituts de soins de beauté	0,190	78 %	22
Infirmiers	0,195	38 %	23
Orthophonistes	0,202	81 %	24
Lycées d'enseignement général - technologique	0,599	99 %	54
Spécialistes Ophtalmologie	0,613	95 %	55
Centres pour adultes handicapés - hébergement	0,635	94 %	56
Sages-femmes	0,722	91 %	64
Établissements de santé - court séjour	0,723	98 %	65
Spécialistes en gynécologie (médicale ou obstétrique)	0,730	93 %	66
Spécialistes en pédiatrie	0,734	89 %	67
Centres pour enfants handicapés - hébergement	0,764	97 %	68

Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008 ; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » définition 2008 ; INSEE – Population municipale 2007 ; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

Comme pour l'indice de Gini, les résultats obtenus à partir de l'indice de Theil sont robustes à un changement de pondération (population par tranche d'âge) ou de maille géographique.

La bonne répartition des médecins : en partie due à leurs effectifs nombreux

Les indices précédents sont fréquemment utilisés mais ils ne sont cependant pas parfaits pour mesurer la répartition géographique. D'une part, ils sont sensibles aux unités géographiques sous-jacentes à leur calcul. On peut en partie répondre à cette critique en testant la robustesse des résultats à la maille géographique utilisée (*cf. supra*). D'autre part, l'indice de Gini est sensible à la concentration dite « industrielle » des équipements étudiés. La concentration industrielle d'un secteur est définie par le nombre d'établissements qui le compose et la distribution de

la taille (généralement mesurée par le nombre d'employés) de ceux-ci. Un secteur où un petit nombre d'établissements emploient une large majorité des employés sera dit industriellement concentré. Pour les équipements étudiés ici, nous n'avons pas d'indicateur de taille ou de capacité (par exemple, on se sait pas combien de pharmaciens exercent dans une pharmacie donnée), néanmoins nous pouvons tenir compte du nombre d'unités de chaque équipement.

Supposons qu'un territoire soit découpé en 100 zones identiquement peuplées. Si pour un équipement il y a moins de 100 unités, même si ces unités sont distribuées aléatoirement le coefficient de Gini ne pourra être égal à 0. Autrement dit, l'espérance du coefficient de Gini sous l'hypothèse d'une répartition uniformément aléatoire dépend du nombre d'unités pour l'équipement considéré. L'indice d'Ellison et Glaeser qui est dérivé d'un modèle théorique de choix de localisation ne souffre pas de cette critique car il est corrigé par un facteur (l'indice d'Herfindahl) qui tient justement compte de ce nombre d'unités. Ainsi l'indice d'Ellison et Glaeser

est plus adapté pour comparer des équipements qui ont des nombres d'unités très différents.

Les professionnels de santé, services qui se déclinent en de très nombreuses unités, sont en quelque sorte favorisés par l'indice de Gini. Par conséquent, lorsque l'on compare les équipements et services sur la base de l'indice d'Ellison et Glaeser, les professions de santé étudiées reculent dans la liste des équipements les mieux en adéquation avec la population. Les médecins généralistes reculent de 20 places et constituent alors le 23^e équipement ou service le mieux réparti en France métropolitaine (tableau 4). Néanmoins, ce recul n'est pas très significatif au vu du nombre des équipements (137). Les médecins généralistes libéraux sont précédés d'au-

tres équipements de proximité tels que les collèges mais aussi des équipements dits de gamme supérieure (moins fréquents et constituant un service de proximité moindre) tels que des hypers et des supermarchés ou des équipements dont l'installation est en partie réglementée tels que les maternités, les pharmacies, les urgences... Les autres professions étudiées sont classées de la façon suivante, par ordre d'inégalités de répartition croissantes: pharmacies (10), masseurs-kinésithérapeutes (38), infirmiers (54), chirurgiens-dentistes (58), spécialistes en pédiatrie (89), en ophtalmologie (91), en gynécologie (109). Toutes les professions de santé étudiées reculent dans le classement des équipements ou services les plus en adéquation avec la population. Cependant, les principales conclusions subsistent:

tableau 4 ● Classement des équipements ou services suivant leur coefficient de variation (pondéré par la population) à l'échelle des bassins de vie

Équipement ou service	Coefficient d'Ellison et Glaeser relatif à la population totale	Rang
Urgences	-0,000347	2
Maternités	-0,000190	4
Collèges	-0,000056	6
Hypermarchés	-0,000011	7
Centres pour personnes âgées – soins à domicile	0,000007	9
Pharmacies	0,000018	10
Écoles de conduite	0,000021	11
Supermarchés	0,000044	13
Entreprises de plombiers, couvreurs, chauffagistes	0,000115	22
Médecins généralistes	0,000118	23
Écoles élémentaires	0,000119	24
Drogueries, quincailleries bricolage	0,000192	37
Masseurs-kinésithérapeutes	0,000197	38
Centres de travail protégé	0,000201	39
Magasins d'électroménager - matériel audio/vidéo	0,000304	53
Infirmiers	0,000315	54
Centres d'accueil pour demandeur d'asile	0,000330	55
Lycées enseignement général - technologique	0,000375	56
Établissements de lutte contre l'alcoolisme	0,000398	57
Chirurgiens-dentistes	0,000411	58
Entreprises de maçonnerie	0,000429	59
Centres de formation d'apprentis	0,000903	88
Spécialistes en pédiatrie	0,000906	89
Hôtels homologués	0,000938	90
Spécialistes en ophtalmologie	0,000947	91
Poissonneries	0,000978	92
Agences de voyages	0,001658	108
Spécialistes en gynécologie (obstétrique+médicale)	0,001662	109
Classes maternelles de regroupement pédagogique intercommunal (RPI) dispersé	0,001676	110

Sources • INSEE – Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; INSEE – Base des bassins de vie et « cantons-ou-villes » définition 2008; INSEE – Population municipale 2007; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

les médecins généralistes et les pharmacies sont bien répartis, et sont suivis par des professionnels non-médecins, et enfin par les spécialistes étudiés. Ces derniers ont, d'après l'indice d'Ellison et Glaeser, une assez mauvaise adéquation avec la population. Comparés aux autres équipements de la BPE, les médecins spécialistes libéraux en accès direct étudiés appartiennent à la seconde moitié du classement des équipements les mieux distribués.

Comme pour l'indice de Gini, les résultats obtenus à partir de l'indice d'Ellison et Glaeser sont robustes à un changement de pondération (population par tranche d'âge) ou de maille géographique.

Les «jeunes» médecins généralistes moins bien répartis que leurs aînés

Les médecins généralistes libéraux sont relativement bien répartis sur le territoire. Néanmoins,

cette conclusion n'est pas incompatible avec l'évocation de «déserts médicaux». Elle suggère cependant que ce phénomène est plutôt limité: soit les déserts médicaux sont peu nombreux, soit ils sont de taille limitée. La répartition des médecins est en effet pratiquement aussi bonne que celle des pharmacies, qui est réglementée, ou que celle des écoles élémentaires. Néanmoins, afin d'appréhender l'avenir, il est intéressant de se centrer sur la répartition des jeunes médecins généralistes. Ceux-ci sont-ils aussi bien répartis que leurs aînés?

Les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans sont moins en adéquation avec la population que leurs aînés. Cette conclusion est obtenue pour les quatre indicateurs étudiés: indice de Gini, coefficient de variation, indice de Theil ou indice d'Ellison et Glaeser (tableau 5). Les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans sont moins bien classés de 30 places pour l'indice de Gini et le coefficient de variation, de 32 places pour l'indice de Theil et de 12 places pour l'indice d'Ellison et Glaeser comparativement à l'ensemble des médecins généralistes libéraux. Ils sont

tableau 5 ● Classement des jeunes médecins (moins de 40 ans) parmi les autres équipements et services, suivant plusieurs indicateurs d'inégalités à l'échelle des bassins de vie

Indice de Gini		
Rang	Équipement ou service	Indice
32	Librairies, papeteries journaux	0,389
33	Jeunes médecins généralistes libéraux (moins de 40 ans)	0,389
34	Laboratoires d'analyses médicales	0,403
Coefficient de variation		
Rang	Équipement ou service	Indice
32	Gardes d'enfants d'âge préscolaire	11 362
33	Jeunes médecins généralistes libéraux (moins de 40 ans)	11 410
34	Vétérinaires	11 491
Indice de Theil		
Rang	Équipement ou service	Indice (Part inégalités intra-régionales en %)
34	Taxis	0,305 (53 %)
35	Jeunes médecins généralistes libéraux (moins de 40 ans)	0,310 (94 %)
36	Laboratoires d'analyses médicales	0,327 (87 %)
Indice d'Ellison et Glaeser		
Rang	Équipement ou service	Indice
34	Orthophonistes	0,00016
35	Jeunes médecins généralistes libéraux (moins de 40 ans)	0,00018
36	Drogueries, quincailleries bricolage	0,00019

Sources • INSEE – Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; INSEE – Base des bassins de vie et «cantons-ou-villes» définition 2008; INSEE - Population municipale 2007; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine.

respectivement deux fois au 33^e et deux fois au 35^e rang des équipements dont la répartition suit le mieux celle de la population. Pour les jeunes médecins généralistes, la part des inégalités intra-régionales est plus élevée que ce qui est observé pour les médecins généralistes (94 % versus 90%). Leur répartition moins uniforme découle probablement de choix de lieux d'installation différents. Il est notamment intéressant de savoir si les jeunes médecins généralistes libéraux, dans le contexte actuel de libre installation, cherchent à s'éloigner des médecins déjà en place (pour éviter la concurrence) ou s'ils cherchent des localisations bénéficiant de plus d'équipements et services pour des raisons familiales (ou autres). L'étude de la colocalisation des médecins, et, en particulier des jeunes médecins avec les autres équipements et services apporte des éléments de réponse à ces questions.

Forte colocalisation des médecins généralistes avec les autres équipements ou services du domaine de la santé

Afin de mieux comprendre les logiques de choix de lieu d'installation des médecins généralistes libéraux, nous étudions l'environnement proche de ceux-ci. Pour cela, nous tirons partie du fait que nous disposons de données finement localisées (on dispose des coordonnées géographiques pour 54 % des équipements de la base, les 46 % restant sont localisés à la mairie de la commune à laquelle ils appartiennent). Nous pouvons donc étudier la colocalisation des équipements à une échelle très fine. Pour savoir si un équipement est colocalisé avec les médecins généralistes libéraux, on calcule la fréquence de sa présence dans l'environnement proche des médecins généralistes rapportée à la fréquence de sa présence sur l'ensemble du territoire. Cet indicateur est le M-estimateur de colocalisation développé par Marcon et Puech (2010). Par exemple, le M-estimateur de colocalisation entre les médecins et les pharmacies à 1 km est le rapport entre la somme pour chaque médecin de la part des pharmacies parmi l'ensemble des équipements de la BPE qui sont situés à moins de 1 km

de lui et la part des pharmacies dans l'ensemble des équipements en France. Le M-estimateur est supérieur à 1 lorsque l'équipement est relativement plus fréquent à proximité des médecins généralistes qu'il ne l'est sur l'ensemble du territoire.

Le M-estimateur de colocalisation est calculé entre les médecins généralistes et tous les équipements et services du domaine de la santé (soit 42 équipements et services dont les médecins eux-mêmes), ainsi qu'entre les médecins généralistes libéraux et les commerces (grandes surfaces, commerces alimentaires, commerces spécialisés non alimentaires), les établissements d'enseignement et quelques autres services de proximité comme les banques et caisses d'épargne, soit au total 55 équipements. Nous calculons cet indicateur pour toutes les distances de 1 à 10 kilomètres.

Si les médecins recherchent la proximité d'un équipement donné, ils seront colocalisés avec cet équipement. Toutefois, un indice de colocalisation élevé entre les médecins généralistes et un autre équipement n'indique pas nécessairement que les médecins recherchent la proximité de cet équipement. En effet, ce peut être le résultat d'une préférence commune pour les mêmes lieux. Ainsi par exemple, si les médecins et les pharmaciens privilégiennent l'installation en centre ville, à proximité de la mairie par exemple, on les trouvera colocalisés. Pour lever cette difficulté d'interprétation de l'indicateur, il faudrait observer précisément les choix de localisation des médecins et leurs alternatives. Mais ils ne sont recensés dans aucune base de données. C'est l'une des limites des analyses qui suivent.

• Les médecins généralistes libéraux proches des médecins spécialistes

D'une manière générale, la tendance est à la colocalisation des médecins généralistes libéraux avec les autres équipements et services du domaine de la santé. Parmi les 42 équipements et services de ce domaine, l'indice indique pour 41 d'entre eux des situations de colocalisation à 1 km (l'indice M à 1 kilomètre est supérieur à 1). Alors que pour les 13 autres services étudiés, 7 services ont un indice de colocalisation à 1 km supérieur à 1 et 6 ont un indice inférieur à 1. Plus précisément, parmi les

tableau 6 ● Indice de colocalisation à 1 et 10 km pour l'ensemble des médecins généralistes et pour les médecins généralistes de moins de 40 ans

Rang à 1 km		Ensemble des médecins généralistes		Médecins généralistes de moins de 40 ans	
		Équipements	M à 1 km	Rang à 1 km	Équipements
1	Établissements thermaux		1,293	1	Centres de lutte contre le cancer
2	Spécialistes en gynécologie médicale		1,252	2	Médecins généralistes de moins de 40 ans
3	Spécialistes en pédiatrie		1,251	3	Sages-femmes
4	Spécialistes en pneumologie		1,250	4	Orthophonistes
5	Spécialistes en gynécologie obstétrique		1,238	5	Massieurs-kinésithérapeutes
6	Spécialistes en cardiologie		1,236	6	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale
7	Spécialistes en gastro-entérologie hépatologie		1,227	7	Pharmacies
8	Centres de médecine préventive		1,221	8	Unités de formation et de recherche
9	Spécialistes en dermatologie vénérérologie		1,212	9	Pédiateurs-podologues
10	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale		1,212	10	Écoles maternelles
Rang à 10 km		M à 10 km		Rang à 10 km	
		Équipements	M à 10 km	Équipements	M à 10 km
1	Centres de lutte contre le cancer		1,343	1	Centres de lutte contre le cancer
2	Unités de formation et de recherche		1,221	2	Établissements de lutte contre l'alcoolisme
3	Centres de médecine préventive		1,157	3	Unités de formation et de recherche
4	Transfusion sanguine		1,134	4	Médecins généralistes de moins de 40 ans
5	Formations santé		1,119	5	Centres de médecine préventive
6	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale		1,117	6	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale
7	Spécialistes en pneumologie		1,116	7	Transfusion sanguine
8	Spécialistes en gynécologie médicale		1,112	8	Sages-femmes
9	Hospitalisation à domicile		1,105	9	Spécialistes en gynécologie médicale
10	Spécialistes en psychiatrie		1,100	10	Spécialistes en pneumologie

Sources • INSEE - Base permanente des équipements au 1^{er} janvier 2008; IGN - Base du Répertoire Géographique des Communes 2008; exploitation DREES.

Champ • France métropolitaine (hors Corse).

10 services pour lesquels l'indice de colocalisation avec les médecins généralistes libéraux à 1 km est le plus élevé (tableau 6), 8 sont des médecins spécialistes (en gynécologie médicale, en pédiatrie, en pneumologie, en gynécologie obstétrique, en cardiologie, en gastro-entérologie, en dermatologie, en radiologie). Ce résultat indique que ces médecins spécialistes sont plus fréquemment localisés à moins de 1 km des médecins généralistes que sur l'ensemble du territoire.

Les valeurs maximales prises par l'indice de colocalisation à 1 km ne sont pas extrêmement élevées. Pour les établissements thermaux, équipement le plus colocalisé avec les médecins généralistes, l'indice est de 1,3, ce qui signifie qu'il y a 1,3 fois plus d'établissements thermaux parmi les équipements ou services à moins de 1 km des médecins généralistes que sur l'ensemble du territoire.

Enfin, à 1 km, les médecins généralistes ne sont pas particulièrement colocalisés avec eux-mêmes puisque l'indice de colocalisation prend la valeur 1,16 ce qui les classe au 27^e rang des équipements les plus colocalisés avec les médecins généralistes parmi les 55 étudiés. Ce résultat est le pendant de leur bonne répartition sur le territoire. En effet, s'ils sont bien répartis sur le territoire c'est qu'ils ne sont pas concentrés spatialement et inversement.

À 10 km, les 10 équipements ou services les plus colocalisés avec les médecins généralistes libéraux sont très majoritairement des équipements et services de santé (8 sur 10). Cependant, les médecins spécialistes libéraux sont moins représentés (uniquement 4 spécialités apparaissent) et sont remplacés par des établissements de santé (centres de lutte contre le cancer, centres de médecine préventive, établissements de transfusion sanguine et établissements d'hospitalisation à domicile). Il faut toutefois noter la présence dans cette liste des unités de formation et de recherche et des formations en santé.

Parmi les équipements ou services peu colocalisés avec les médecins généralistes libéraux, on peut noter les infirmiers (38^e équipement ou service à 1 km et 45^e équipement ou service à 10 km, à cette distance, l'indicateur de colocalisation est inférieur à 1). Les écoles élémentaires sont également peu colocalisées avec les médecins généralistes libéraux. Pour cet équipement, l'indice de coloca-

lisation est inférieur à 1, quelle que soit la distance considérée entre 1 et 10 km.

En définitive, il semble que la majorité des professionnels de santé (en particulier les médecins) et des établissements de santé tendent à se regrouper sur le territoire.

• Les «jeunes» médecins généralistes libéraux se regroupent

Le classement des équipements les plus colocalisés à 1 km avec les médecins généralistes de moins de 40 ans est assez différent de celui observé pour l'ensemble des médecins généralistes. Néanmoins, parmi les 10 premiers équipements, 9 appartiennent au domaine de la santé. L'équipement le plus colocalisé avec les médecins généralistes de moins de 40 ans est le centre de lutte contre le cancer. La BPE ne recense que 23 centres de ce type, ce qui rend l'estimation de l'indicateur de colocalisation peu précise pour cet équipement et donc à interpréter avec prudence. Néanmoins, ces centres sont généralement situés dans les grandes agglomérations. Ainsi ce résultat peut découler d'une préférence des jeunes médecins pour ce type d'agglomération. De même, les unités de formation et de recherche sont assez fortement colocalisées avec les jeunes médecins, ce qui à nouveau peut traduire une préférence pour les grandes agglomérations où se situent généralement ces unités mais aussi un souhait de proximité avec les centres universitaires.

À moins d'1 km, on note également une forte concentration des jeunes médecins généralistes libéraux. En effet, ceux-ci sont une fois et demie plus fréquents parmi les équipements ou services à moins d'1 km de leurs confrères que sur l'ensemble du territoire. Pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux, une telle concentration n'était pas observée. Le M-estimateur des médecins généralistes libéraux à 1 km (avec eux-mêmes) est, en effet, seulement de 1,159. Ce résultat peut refléter le fait qu'une forte proportion de médecins de moins de 40 ans s'installent en cabinet de groupe avec d'autres jeunes médecins généralistes.

Les autres services composant l'entourage immédiat des jeunes médecins généralistes sont fréquem-

ment des professionnels de santé non-médecins (sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues...) alors qu'il s'agissait d'abord d'autres médecins spécialistes pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux. Cependant, l'indice de colocéralisation des jeunes médecins généralistes avec ces professionnels de santé non-médecins est plus faible que ce qu'il est pour l'ensemble des médecins généralistes. Quant aux indices de colocéralisation entre les jeunes médecins généralistes et les médecins spécialistes, il faut souligner qu'ils sont beaucoup plus faibles que ceux entre l'ensemble des généralistes et les spécialistes. Ces derniers ne figurent donc pas parmi les équipements ou services les plus colocéralisés avec les jeunes médecins et d'autres professionnels de santé les remplacent.

Il est également intéressant de noter que la colocéralisation entre les jeunes médecins généralistes et leurs aînés est légèrement supérieure à 1 (1,096) à 1 km. Ainsi, il ne semble pas que ces deux ensembles de professionnels s'évitent à courtes distances pour des raisons de concurrence, néanmoins ils ne s'installent pas particulièrement côté à côté.

Enfin, l'indice de colocéralisation entre les jeunes médecins et les établissements thermaux est de 0,56. Ces établissements sont donc deux fois moins fréquents à moins d'1 km des jeunes médecins que sur l'ensemble du territoire. Pour l'ensemble des médecins l'indice était de 1,3. Si l'on suppose que ces établissements caractérisent des régions touristiques, ce résultat peut s'interpréter comme le fait que, dans ces régions, il y a peu de jeunes médecins généralistes libéraux, l'offre étant probablement déjà saturée.

Concernant les écoles élémentaires, elles font plus souvent partie de l'entourage des jeunes médecins que de celui de l'ensemble des médecins, même si l'indice de colocéralisation ne devient supérieur à 1 qu'à partir de 3 km. Cela peut signifier que les jeunes médecins privilégiennent davantage la proximité d'une école élémentaire. Néanmoins, il est également possible que l'ensemble des médecins aient eu ces mêmes exigences au moment de leur installation mais que certaines de ces écoles aient fermé depuis. En effet, on dispose de la localisation actuelle des équipements mais pas de celle qui prévalait au moment de l'installation des médecins.

À 10 km, les 10 équipements ou services les plus colocéralisés avec les jeunes médecins sont à nouveau des équipements ou services du domaine de la santé. Cette fois le classement est relativement similaire à ce qui est observé pour l'ensemble des médecins.

Conclusion

Cette étude montre qu'à l'échelle des bassins de vie, les pharmacies et les médecins généralistes libéraux sont relativement bien répartis sur le territoire français ; ils sont localisés là où se trouve la population. Ils sont mieux distribués que la plupart des autres équipements et services de proximité recensés dans la base permanente des équipements. Pour les autres professionnels de santé libéraux de premier recours (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes), l'adéquation avec la population est moindre. Elle est de l'ordre de celle observée pour les services de proximité tels que les petits commerces, les banques ou les écoles. Les médecins spécialistes en accès direct étudiés (en pédiatrie, en gynécologie, en ophtalmologie) sont beaucoup plus inégalement répartis sur le territoire, apparaissant parfois dans la seconde moitié du classement des équipements selon leur adéquation avec la population. Ces résultats sont robustes quel que soit l'indicateur d'inégalités spatiales utilisé et quelle que soit la maille géographique sous-jacente aux calculs.

Pour toutes les professions de santé étudiées, à l'exception des infirmiers, l'essentiel des inégalités se produit au sein des régions et non entre les régions. Il est par conséquent indispensable d'étudier les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine de perdre la majeure partie de l'information concernant les inégalités de répartition. Par exemple, pour les médecins généralistes libéraux, 90 % des inégalités sont intra régionales.

La bonne adéquation des médecins généralistes libéraux avec la population n'est pas incompatible avec l'existence de zones sous-dotées. Ce résultat suggère néanmoins que ce phénomène est globalement limité, soit parce que les zones sous-dotées sont petites (en population), soit parce qu'elles sont peu nombreuses. Toutefois, en menant l'analyse uniquement sur les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans, on constate que les

jeunes médecins sont moins bien répartis que leurs confrères. Ceci suggère que l'accès géographique aux soins de premier recours pourrait être plus difficile à l'avenir et renforce l'intérêt d'études portant sur la mise en avant des facteurs de choix de localisation des médecins.

Une première étape en ce sens est d'étudier les équipements et services qui composent le voisinage des médecins généralistes. Les services de santé (autres professionnels de santé ou établissement de soins) se trouvent plus fréquemment à proximité des médecins généralistes que sur l'ensemble du territoire. Il y aurait donc une tendance naturelle au regroupement de ces professionnels et de ces équipements. À courte distance (moins

d'1 km), les résultats obtenus sont assez différents selon que l'on se focalise sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux ou seulement sur les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans. À moins d'un kilomètre des médecins généralistes libéraux, on observe une surreprésentation des spécialistes libéraux et une sous-représentation des autres équipements étudiés (par exemple les écoles ou les commerces de proximité). Les jeunes médecins sont plutôt entourés de structures présentes uniquement dans les grandes agglomérations ou de jeunes confrères, ce qui suggère qu'ils s'installent davantage en groupe ou à proximité les uns des autres. Les équipements de proximité tels que les écoles sont également plus présents dans l'entourage des jeunes médecins.

Bibliographie

- Atkinson A., 1970, «On the Measurement of Inequality», *Journal of Economic Theory*, 2, pages 244-236.
- Bessière S., Coldefy M. et Collet M., 2006, «Une typologie des configurations de l'offre de soins de premier recours au niveau cantonal», *Rapport 2005 de l'ONDPS*, Tome 1, p. 134-154, La Documentation française.
- Briant A., Combes P.-P. et Lafourcade M., 2010, «Dots to boxes: Do the size and shape of spatial units jeopardize economic geography estimations? », *Journal of Urban Economics*, vol. 67(3), pages 287-302.
- Combes P.-P. et Overman H., 2004, «The spatial distribution of economic activities in the European Union», *Handbook of Regional and Urban Economics*, édition 1, volume 4, chapter 64, pages 2845-2909, Elsevier.
- Duranton G. et Overman H., 2005, «Testing for Localization Using Micro-Geographic Data», *Review of Economic Studies*, Vol. 72, No. 4, 1077-1106.
- Ellison G. et Glaeser E., 1997, «Geographic concentration in US manufacturing industries: a dartboard approach», *Journal of Political Economy* 105, 889-927.
- Julien P., 2007, «La France en 1916 bassins de vie», *Économie et statistique* n° 402.
- Krugman P., 1991, *Geography and Trade*, Cambridge, MA, The MIT Press, 156 p.
- Marcon E. et Puech F., 2003, «Evaluating the geographic concentration of industries using distance-based methods», *Journal of Economic Geography*, 3, 409-428.
- Marcon E. et Puech F., 2010, «Measures of the Geographic Concentration of Industries: Improving distance-based methods», *Journal of Economic Geography*, à paraître.
- Marshall A., 1890, *Principles of Economics*, Macmillan, London.
- Samson A.-L., 2009, «Médecins généralistes à faibles revenus: une préférence pour le loisir?», *Document de travail Economix*, n° 2009-01.

annexe • Les indicateurs de concentration spatiale

L'étude de la concentration des secteurs industriels a été initiée par Marshall (1890). Krugman (1991) a utilisé l'indice de Gini pour caractériser celle-ci. Le but était alors de repérer les secteurs au sein desquels les économies d'agglomération sont élevées, ce qui conduit au regroupement des établissements de ce secteur et donc à une forte concentration. Dans ce cadre, la concentration est l'opposée de la répartition uniforme⁶. Une mesure de concentration est donc aussi une mesure des inégalités spatiales.

La littérature abondante dans ce champ a permis d'apporter des améliorations substantielles aux indicateurs utilisés et de nourrir une réflexion sur les propriétés que doivent posséder de tels indicateurs (Duranton et Overman, 2005 ; Combes et Overman, 2004). Ellison et Glaeser (1997) démontrent que la concentration industrielle des secteurs (autrement dit le nombre d'établissements et la taille de ceux-ci⁷) biaissent les indicateurs de concentration géographique. Intuitivement, un secteur auquel appartiennent peu d'établissements – [Ellison et Glaeser (1997)] cite l'exemple du secteur des aspirateurs aux États-Unis où 4 établissements détiennent 75 % de l'emploi – ne peut être aussi bien spatialement réparti qu'un secteur disséminé sur des milliers d'établissements.

La deuxième série de critiques sur les indicateurs de type Gini a été formulée par Marcon et Puech (2003) et Duranton et Overman (2005). Elle porte d'une part sur la dépendance des indicateurs à la maille géographique utilisée pour mener les calculs et d'autre part sur l'indépendance des indicateurs à la position relative des mailles géographiques (critique dite du MAUP, Modifiable Areal Unit Problem). En effet, non seulement la valeur de l'indicateur de Gini ou d'Ellison et Glaeser (1997) n'est pas la même si on utilise les régions, les départements ou les cantons mais, en outre, ces indicateurs sont insensibles au fait que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur soit aux portes de Paris ou au bord de la Méditerranée. Marcon et Puech (2003) et Duranton et Overman (2005) développent donc des indicateurs qui s'affranchissent de tout maillage géographique sous-jacent. Ces indicateurs étant particulièrement lourds en calcul, seul le M-estimateur (Marcon et Puech, 2010) est utilisé pour la mesure de la colocalisation.

La suite de cette annexe revient en détail sur les formules de chacun des indicateurs utilisés dans cette étude.

L'indice de Gini

Pour calculer cet indice il faut classer les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» suivant leur densité en professionnels de santé, notée x_b^s / x_b^p

où s est l'indice repérant le type de professionnels (médecins généralistes, infirmiers...),
 b est l'indice repérant le bassin de vie ou «canton-ou-ville»,

x_b^s est le nombre de professionnels s dans le bassin de vie ou pseudo canton b et

x_b^p est la population du bassin de vie ou pseudo canton b .

⁶ • En général, il faut spécifier ce que l'on considère être la répartition uniforme. Les articles traitant de la concentration des secteurs industriels utilisent comme référence la répartition de l'ensemble de l'emploi de ces secteurs, nous utiliserons généralement la répartition de la population.

⁷ • Mesurée par leur nombre d'employés.

On représente ensuite la part cumulée des professionnels s présents dans les n zones les moins bien dotées ($x_{b(n)}^s = \sum_{b=1}^n x_b^s$) en fonction de la part cumulée de la population ($x_{b(n)}^p = \sum_{b=1}^n x_b^p$).

En faisant varier n de 1 au nombre total de zones, on obtient la courbe de Lorenz. Si les médecins sont parfaitement répartis, cette courbe est confondue avec la bissectrice. L'indice de Gini est le double de l'aire entre la courbe de Lorenz et la bissectrice.

Le coefficient de variation

Le coefficient de variation est le rapport entre, d'une part, l'écart-type des densités des bassins de vie ou «cantons-ou-villes» pondérées par la population et d'autre part la densité moyenne.

Cet indicateur, sans être préférable à l'indice de Gini, présente des propriétés différentes. En effet, le coefficient de variation donnera le même poids à des transferts d'équipements à tous les points de la distribution alors que l'indice de Gini sera particulièrement sensible à des transferts aux alentours de la moyenne de la distribution (Atkinson, 1970). Concrètement soit la situation A où un médecin migre d'une zone très bien dotée à une zone fortement sous dotée et la situation B où un médecin migre d'une zone un peu mieux dotée que la moyenne à une zone un peu moins bien dotée que la moyenne. Le coefficient de variation diminuera dans la même proportion pour la situation A et la situation B, alors que l'indice de Gini diminuera plus dans la situation B. Cependant, aucun des deux indicateurs n'est idéal; le choix entre ces deux indicateurs dépend de ce que l'on considère comme socialement préférable.

L'indice de Theil

L'indice de Theil est la variation d'entropie (indice qui permet de mesurer le désordre) entre la situation parfaitement égalitaire et la situation réelle.

Il se calcule de la façon suivante: $T^s = \sum_{b=1}^B \lambda_b^s \log \frac{\lambda_b^s}{\lambda_b^p}$

Où:

b est l'indicateur de bassin de vie ou «canton-ou-ville»,

B est le nombre total de bassins de vie ou «cantons-ou-villes»

λ_b^s est la part des unités de l'équipement s considéré présentes dans le bassin de vie ou «canton-ou-ville» b ($\lambda_b^s = \frac{x_b^s}{x^s}$),

λ_b^p est la part de la population présente dans le bassin de vie ou «canton-ou-ville» b ($\lambda_b^p = \frac{x_b^p}{x^p}$).

L'indice de Theil est toujours positif et croissant avec l'inégalité. Une valeur plus élevée de l'indice signifie une concentration plus forte de l'équipement (et donc une moins bonne répartition spatiale). L'indice de Theil est égal à 0 lorsque la distribution de l'équipement étudié est uniforme. Il n'a pas de limite supérieure. L'indice de Theil accorde plus d'importance aux inégalités parmi les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» les moins bien équipés qu'aux inégalités parmi les bassins de vie ou «cantons-ou-villes» les plus équipés.

L'indice de Theil permet de décomposer les inégalités. Cette propriété permet de distinguer les inégalités inter-régionales des inégalités intra régionales.

$$T^s = T_{ext}^s + T_{int}^s$$

$$\text{Tel que: } T_{ext}^s = \sum_{r=1}^R \Lambda_r^s \log \frac{\Lambda_r^s}{\Lambda_r^p} \text{ et } T_{int}^s = \sum_{r=1}^R \left[\Lambda_r^s T_r^s \right]$$

Où:

r est l'indicateur de région,

$\Lambda_r^s = \frac{X_r^s}{x^s}$ est la part des unités de l'équipement s considéré présentes dans la région r ,

$X_r^s = \sum_{b \in r} x_b^s$ est le nombre d'unités de l'équipement s considéré présentes dans la région r ,

Λ_r^p est la part de la population présente dans la région r ,

T_r^s est l'indice de Theil pour l'équipement s dans la région r .

L'indice d'Ellison et Glaeser

Cet indice est dérivé d'un modèle théorique de choix de localisation et ne souffre pas de l'une des critiques faite à l'indice de Gini : il n'est pas sensible à la concentration dite «industrielle» des équipements étudiés. En effet, il est corrigé par un facteur (l'indice d'Herfindahl) qui tient justement compte de cette concentration. Ainsi l'indice d'Ellison et Glaeser permet de comparer des équipements qui ont des nombres d'unités très différents.

Formellement, l'indice d'Ellison et Glaeser s'écrit:

$$\gamma = \frac{\sum_{b=1}^B (\lambda_b^s - \lambda_b^p)^2 - \left(1 - \sum_{b=1}^B \lambda_b^p\right)H}{\left(1 - \sum_{b=1}^M \lambda_b^p\right)(1 - H)}$$

Où:

B est le nombre total de bassins de vie ou «canton-ou-ville»,

λ_b^s est la part des unités de l'équipement s considérées présentes dans le bassin de vie ou «canton-ou-ville» b ($\lambda_b^s = \frac{x_b^s}{x^s}$),

λ_b^p est la part de la population présente dans le bassin de vie ou «canton-ou-ville» b ($\lambda_b^p = \frac{x_b^p}{x^p}$),

B est le nombre total de bassins de vie ou «cantons-ou-villes»,

H est l'indice d'Herfindahl égal ici à l'inverse du nombre d'unités de l'équipement considéré ($H = 1 - x^s$), car on considère que toutes les unités ont la même taille.

Le M-estimateur

Cet estimateur développé par Marcon et Puech (2010) permet d'étudier la colocalisation des équipements à une échelle très fine et donc de mieux comprendre les logiques de choix de lieu d'installation des médecins généralistes libéraux. Pour savoir si un équipement est colocalisé

avec les médecins, nous regardons s'il est plus fréquemment présent dans l'environnement proche des médecins que sur l'ensemble du territoire

Par exemple, le M-estimateur de colocalisation entre les médecins et les pharmacies à 1 km est le rapport entre, d'une part, la somme pour chaque médecin de la part des pharmacies parmi les équipements situés à moins d'un kilomètre et, d'autre part, la part des pharmacies parmi les équipements situés sur l'ensemble du territoire.

$$\text{Formellement: } M(g, Ph, 1km) = \sum_{g=1}^G \frac{c(g, Ph, 1km)}{c(g, E, 1km)} \Big/ \sum_{g=1}^G \frac{Ph}{E - 1}$$

Où:

$c(g, Ph, 1 km)$ est le nombre de pharmacies à moins d'1 km du médecin g,
 $c(g, E, 1 km)$ est le nombre d'équipement à moins d'1 km du médecin g,
 Ph est le nombre total de pharmacies,
 E est le nombre total d'équipements,
 G est le nombre total de médecins.

Le M-estimateur est supérieur à 1 lorsque l'équipement est relativement plus fréquent à proximité des médecins que sur l'ensemble du territoire.

Propriétés du M-estimateur

Soit e_i le nombre total d'unités de l'équipement i, on définit la pondération $w_i = \frac{Ge_i}{E - 1}$

et $M(G, i, 1 km)$ le M-estimateur de colocalisation entre les médecins et l'équipement i à 1 km. On peut alors montrer que $\sum_i w_i M(G, i, 1km) = G$.

Cette propriété est toujours vraie quelle que soit la distance à laquelle est calculé le M-estimateur de colocalisation. On en déduit que le M-estimateur est borné: $M(G, i, 1km) \leq \frac{E - 1}{e_i}$.

La borne supérieure est, par exemple, atteinte lorsque les seuls équipements à être présents à moins d'1 km des médecins sont des équipements de type i.

En outre, on tire également de cette égalité ($\sum_i w_i M(G, i, 1km) = G$) que le M-estimateur est un indicateur relatif.

Si le M-estimateur est élevé pour un ou plusieurs équipements, il est mécaniquement faible pour les autres, la somme pondérée des M-estimateurs étant constante.

La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ?

Renaud LEGAL, Denis RAYNAUD, Guillaume VIDAL (DREES)

La présente étude analyse la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD).

La dépense des assurés ayant le risque santé le plus élevé est en moyenne 6 fois supérieure à celle des autres assurés, ce qui traduit bien la gravité des pathologies qui les affectent. L'assurance maladie contribue à améliorer significativement l'accessibilité financière aux soins pour les plus malades : après son intervention, la dépense moyenne de ces personnes est divisée par 12. Toutefois, malgré l'ampleur de la redistribution horizontale qu'elle organise, les plus malades supportent un reste à charge moyen toujours plus élevé que les autres assurés. L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante : en effet, les personnes les plus modestes ont plus fréquemment un risque santé élevé que les plus aisées. Toutefois, même si le système actuel constitue un filet de protection largement efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses de santé importantes qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ces restes à charge «catastrophiques» sont principalement liés aux dépenses hospitalières.

L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des assurés. Logiquement, la part de la dépense qu'elle prend en charge est d'autant plus importante que celle de l'assurance maladie est faible.

Les mécanismes de redistribution de l'assurance maladie obligatoire bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur important du marché de la couverture complémentaire. En concentrant les dépenses de l'assurance maladie sur les plus malades, ils permettent de réduire, du point de vue des assureurs complémentaires, le différentiel de dépenses non remboursées et donc l'écart de risque avec les moins malades et limitent donc leur intérêt pour pratiquer la sélection des risques ou la tarification en fonction de l'état de santé. Ils favorisent donc l'accès des plus malades à une couverture complémentaire en modérant le montant des primes qu'ils supportent.

La présente étude porte sur la prise en charge assumée par l'assurance maladie de base et par les assurances complémentaires, pour leurs bénéficiaires selon qu'ils sont plus ou moins malades. On se place ici du point de vue de la redistribution horizontale qui est la finalité première de la couverture maladie, en ne considérant toutefois que les dépenses remboursées et non les cotisations ou primes versées par les assurés sociaux. Le critère ALD (Affection de longue durée) est ici pris comme une approximation d'un critère permettant d'identifier les assurés aux risques maladies réalisés les plus élevés.

Même si elle s'inscrit dans le contexte d'un débat abondant qui a porté sur le dispositif ALD (*cf. annexe*), la présente étude ne traite pas des performances de ce dispositif du point de vue de l'équité ou de l'efficacité dans le pilotage des dépenses de santé. Elle complète les présentations usuelles de la couverture du risque maladie selon deux axes :

- tout d'abord, s'agissant de la couverture de base, elle évalue les dépenses restant à la charge des assurés selon qu'ils sont plus ou moins malades, non seulement en proportion de la dépense exposée¹, mais aussi en valeur absolue et en considérant les dispersions de restes à charge;
- en second lieu, elle s'attache à présenter la façon dont les conditions de prise en charge des différents niveaux de risque maladie par la couverture de base structurent la couverture complémentaire.

Des travaux menés par la DREES, issus de collaborations avec la CNAMTS, la DGTPE et l'IRDES, ont permis d'étudier le reste à charge des ménages en simulant à un niveau individuel les prestations versées par les assureurs complémentaires (*cf. dossier sur les restes à charge*). Ces travaux permettent d'adopter une approche plus complète, tenant compte de l'ensemble des financeurs, assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire et ménages, pour étudier la problématique de l'accessibilité financière aux soins, et apporter ainsi un éclairage sur la redistribution horizontale entre malades et bien-portants

induite par la couverture maladie. Il ne s'agit pour autant pas d'une analyse complète de cette redistribution puisque seules les prestations sont étudiées dans ce travail. Néanmoins, des travaux sont en cours à la DREES pour pouvoir imputer les cotisations, et ainsi avoir un aperçu global des effets redistributifs de l'assurance maladie².

À partir de l'étude des montants et de la structure de financement des dépenses de santé des personnes selon qu'elles sont ou non en ALD, ce travail permet d'illustrer que le système d'assurance maladie de base réduit significativement les restes à charge moyens, même si des restes à charge importants, surtout liés aux dépenses hospitalières, peuvent subsister (partie 1). En réduisant le risque des personnes souffrant de maladies exonérantes, le système d'assurance maladie de base contribue indirectement à réguler le marché de l'assurance maladie complémentaire en diminuant les incitations des assureurs à tarifer en fonction de l'état de santé (partie 2).

Les mécanismes de la couverture de base par l'assurance maladie garantissent l'accessibilité financière des soins pour la très grande majorité des assurés, mais restent perfectibles

- La dépense des assurés en ALD est en moyenne très supérieure à celle des autres assurés mais sa variabilité est forte

La dépense moyenne des assurés en ALD vivant en ménage ordinaire est en 2006 de 7 500 euros contre 1 200 euros pour les autres assurés, soit 6 fois plus (tableau 1 et graphique 1). Les pathologies classées en ALD sont donc indéniablement des maladies particulièrement coûteuses.

1 • Dépenses remboursables présentées au remboursement (*cf. encadré 1*).

2 • Caussat L., Le Minez S., Raynaud D. (2005) : « L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1-2005.

tableau 1 ● Niveau individuel de prise en charge par la Sécurité sociale selon le statut en ALD en 2006

		Dépenses totales	Dépenses remboursées par la Sécurité sociale	Dépenses non remboursées par la Sécurité sociale	Taux de remboursement par la Sécurité sociale (en %)
Ville	Non-ALD	817	446	371	55
	ALD	3 645	3 110	535	85
Hôpital	Non-ALD	399	368	31	92
	ALD	3 858	3 776	82	98
Total	Non-ALD	1 216	814	403	67
	ALD	7 503	6 886	617	92

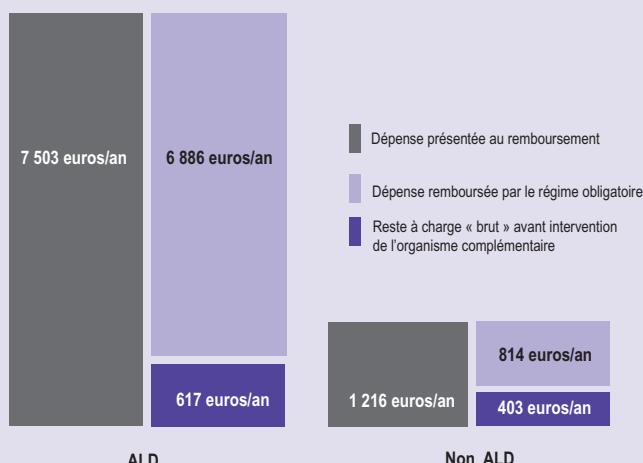
Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTEP.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • En 2006, les non-ALD ont en moyenne des dépenses en soins de ville de 817 €.

Par rapport aux comptes de la santé, les données de l'EPAS surestiment légèrement le taux de remboursement de la Sécurité sociale, d'une part car le non remboursable ou le non présenté au remboursement n'est pas connu, et d'autre part car la dépense hospitalière n'est pas totalement individualisable et doit donc être en partie reconstituée.

graphique 1 ● Structure de prise en charge de la dépense totale selon le statut en ALD en 2006



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTEP.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

La structure de la dépense des assurés en ALD diffère de celle des autres assurés : l'hôpital représente la moitié de leurs dépenses, contre le tiers pour les assurés non ALD. Toutefois, ces montants moyens cachent une forte dispersion. Les dépenses les plus élevées sont en effet concentrées sur un petit nombre d'assurés, pour les ALD comme pour les autres. Ainsi, la dépense moyenne de 90% des assurés en ALD s'élève à 3 800 euros alors que celle des 10% d'assurés en ALD qui supportent les dépenses les plus élevées est en moyenne de 40 000 euros. Pour les assurés qui ne sont pas en ALD, ces montants s'élèvent respectivement à 630 euros et 6 400 euros.

- **L'assurance maladie contribue à améliorer l'accessibilité financière des soins pour les plus malades**

Le système ALD conduit à concentrer les moyens financiers de la Sécurité sociale en direction des assurés souffrant de pathologies lourdes. Ainsi, une personne en ALD bénéficie d'un taux de remboursement moyen de 92% contre 67% pour les autres assurés. C'est pour les dépenses hospitalières que la prise en charge de l'assurance maladie est la plus élevée (98% pour les ALD et 92% pour les non-ALD). Si les dépenses de ville des personnes en ALD sont également prises en

encadré 1 • Sources et méthodes

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES qui interroge 22 000 individus et 8 000 ménages. Cette enquête est appariée à l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) construit à partir des informations de la CNAMTS, du RSI et de la MSA. Cet appariement permet de connaître les dépenses de santé et les caractéristiques socio-économiques pour 10 000 individus. La présente étude porte sur le champ des dépenses remboursables présentées au remboursement, puisque seules ces données sont disponibles dans l'EPAS. De plus, les analyses sont conduites au niveau individu et non ménage, choix nécessaire pour segmenter la population entre bien-portants et malades sur le critère d'admission au dispositif ALD.

Pour compléter les données issues de l'appariement EPAS-SPS, la DREES, en collaboration avec la CNAMTS, la DGTPE, l'IRDES a construit un modèle de micro-simulation. En effet, cet appariement ne fournit pas le montant remboursé par les organismes complémentaires et donc ne permet pas de mesurer le reste à charge des ménages après leurs interventions. De plus, l'appariement de ces deux sources n'est que partiel. Seule la moitié des individus de SPS sont présents dans l'EPAS. Pour l'autre moitié des individus, la dépense est donc inconnue.

La construction du modèle de micro-simulation comporte deux étapes. Le premier travail consiste à imputer les dépenses de santé pour les 10 000 individus de SPS qui ne sont pas dans l'EPAS. Ce sont des techniques de tirage aléatoire (Hot Deck) qui ont été mobilisées ici. La deuxième étape est d'imputer le partage entre les dépenses remboursées par les complémentaires et celles payées directement par les ménages, partage qui n'est pas connu dans l'EPAS. Ce partage a été réalisé en utilisant l'enquête Drees sur les contrats modaux.

charge de façon importante par l'assurance maladie (85 %), elles ne sont couvertes qu'à hauteur de 55 % pour les autres assurés.

L'assurance maladie consent donc un effort considérable en faveur des personnes les plus malades. Le remboursement moyen de l'assurance maladie est d'environ 8,5 fois plus élevé pour les personnes en ALD que pour les autres assurés³ (tableau 1). Après intervention de l'assurance maladie, la dépense moyenne des assurés en ALD est ainsi divisée par 12 et ramenée à 600 euros. Pour les autres assurés, elle est divisée par 3 et ramenée à 400 euros. L'assurance maladie opère donc indiscutablement une redistribution considérable entre bien portants et malades.

Toutefois, les plus malades supportent encore, après intervention de l'assurance maladie – mais avant intervention des organismes complémentaires – une dépense moyenne non négligeable (600 euros en moyenne) et toujours plus élevée d'environ 200 euros par an que celle des autres assurés. Cela tient notamment au fait que les personnes en ALD ont souvent des pathologies multiples et ont ainsi des

dépenses sans lien avec leur affection exonérante supérieures aux autres assurés. Cet écart résulte notamment d'un effet d'âge, puisque près de 60 % des personnes en ALD ont plus de 60 ans (*cf. encadré 2*). Au-delà de 60 ans, les personnes en ALD font face à des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale voisines de celles des personnes ne bénéficiant pas de l'exonération (*cf. tableau 6*).

• L'assurance maladie organise également une redistribution verticale importante

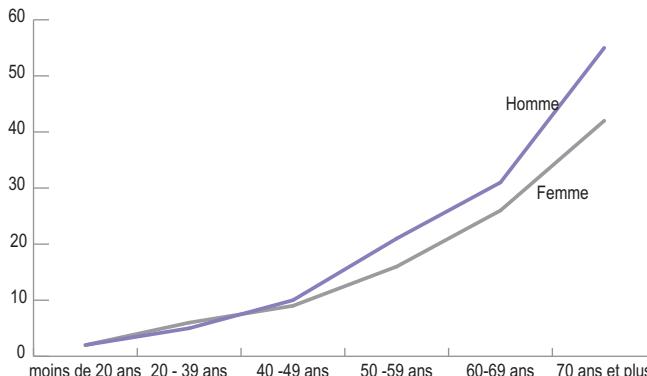
Les cotisations d'assurance maladie obligatoire n'étant pas liées à l'état de santé, le système d'exonération ALD opère donc une redistribution horizontale entre malades et bien-portants. De manière indirecte, le système ALD opère aussi une redistribution verticale entre riches et pauvres. En effet, selon l'enquête SPS 2008 (*cf. encadré 2*), alors que 20 % des personnes du premier quintile de niveau de vie sont en ALD, cette proportion se limite à 12 % dans le dernier quintile, et ce résultat est confirmé quand on tient compte des différences de

3 • Dans les données EPAS-SPS mobilisées ici, l'écart est de 1 à 9. Mais selon la CNAMTS, à partir de données plus fiables, cet écart serait en réalité de 1 à 11. L'intérêt d'utiliser dans cette étude les données EPAS-SPS vient de la possibilité d'utiliser des informations sur le revenu ou la couverture complémentaire, qui ne sont pas disponibles dans les données de l'assurance maladie.

encadré 2 • Les caractéristiques sociodémographiques des assurés en ALD

La proportion de personnes en ALD est croissante avec l'âge, avec une accélération de l'entrée en ALD à partir de 50 ans (graphique). Ainsi, en 2006, 57% des personnes en ALD ont 60 ans ou plus alors que dans la population française la part de cette classe d'âge est estimée à 21% à cette date. La concentration des ALD est plus marquée encore aux âges les plus élevés: 39% des personnes de 70 ans ou plus sont en ALD alors que cette classe d'âge ne représente que 12% de la population française. Selon les projections de population de l'INSEE à l'horizon 2030, la part des 60 ans et plus dans la population française serait de 29%.

Taux de personnes en ALD par classe d'âge et de sexe en 2006



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPPE.
Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Toutefois, si le vieillissement de la population devrait continuer à entretenir la dynamique de la croissance du nombre de personnes en ALD, il convient de souligner que la dynamique actuelle est surtout expliquée par l'augmentation de la prévalence à âge donné, qui explique 60% de la croissance du nombre de personnes en ALD sur la période 2005-2007 pour le régime général. L'augmentation de la population assurée explique 20% de la croissance, et le vieillissement seulement 20%.

La proportion de personnes en ALD est répartie équitablement entre les hommes et les femmes. Cependant, à âge donné, la proportion de personnes en ALD est plus élevée chez les hommes, dont l'espérance de vie est plus réduite et que l'on retrouve donc moins nombreux aux âges élevés.

Compte tenu de la corrélation négative entre niveau de vie et état de santé, les personnes modestes sont plus fréquemment en ALD que les personnes plus aisées. En 2008, selon l'enquête SPS, 16% des personnes du premier quintile de niveau de vie et 18% du deuxième quintile sont en ALD, alors que cette proportion se limite à 13% et 12% dans les quintiles 4 et 5 (tableau). La prise en compte des différences d'âge et de sexe en fonction du niveau de vie ne modifie pas le diagnostic. Ce constat s'explique en partie par les relations qui lient les fragilités socio-économiques et les problèmes de santé. La précarité économique est souvent la conséquence de difficultés rencontrées sur marché du travail. Or, souffrir d'une pathologie lourde augmente les risques de rupture avec le marché du travail (Jusot et al., 2008) «Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif» QES n° 125 Irdes. On retrouve ainsi une proportion plus forte de personnes exonérées parmi les inactifs de moins de 60 ans et les chômeurs (11%) que parmi les actifs occupés (7%).

Part des ALD et des non-ALD par quintile de niveau de vie

	% d'ALD	% de non-ALD
Quintile 1	16	84
Quintile 2	18	82
Quintile 3	12	88
Quintile 4	13	87
Quintile 5	12	88
Ensemble	14	86

Sources • SPS 2008, IRDES, calcul de la DREES.
Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 20% des personnes du premier quintile de niveau de vie (c'est-à-dire les 20% de personnes ayant le revenu par unité de consommation le plus faible) sont en ALD.

structure d'âge et de sexe. Cette redistribution verticale indirecte s'explique logiquement par la corrélation négative entre état de santé et niveau de vie.

• Mais une fraction des assurés fait face à des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale très élevées

Même si le système actuel constitue un filet de protection en grande partie efficace, une frange de la population doit faire face à des dépenses importantes qui ne lui sont pas remboursées par la sécurité sociale. Selon des premières estimations réalisées à partir de la base EPAS 2006, 2,5% d'assurés non-ALD – soit environ 1,3 million de personnes – et 7,9% des assurés en ALD – soit près de 800 000 personnes – auraient un reste à charge annuel supérieur à 1 000 € (tableau 2).

Corrélativement, 90% des assurés en ALD supportent un reste à charge après intervention de l'assurance maladie de 245 euros en moyenne; pour 90% des autres assurés, cette somme s'élève à 145 euros en moyenne.

L'extrême dispersion des dépenses non remboursées par l'assurance maladie, notamment pour les assurés en ALD, et l'existence de restes à charge très élevés seraient révélatrices de l'ambivalence actuelle du système ALD. En effet, l'entrée dans ce dispositif est restreinte aux personnes souffrant de pathologies réputées longues et lourdes sur le plan médical mais aussi financier. Les critères d'admission mélangeant donc des préoccupations médicales et financières. De ce fait, les exonérations prévues dans le cadre du système ALD ne reposent pas sur la dépense constatée *a posteriori*, mais sur une charge financière supposée *a priori*, si bien que certaines dépenses importantes ne bénéficient pas de l'exonération alors que des dépenses faibles, si elles sont en lien avec la maladie reconnue, sont exonérées.

• Les RAC «catastrophiques» sont principalement liés aux dépenses hospitalières

Ces résultats invitent à s'interroger sur les soins qui exigent du patient une participation financière importante, qu'elle soit directement à sa charge ou

tableau 2 ● Reste à charge moyen après intervention de l'assurance maladie par percentile de reste à charge selon le statut ALD et non-ALD (dépenses remboursables présentées au remboursement)

Non-ALD			ALD		
Percentile de RAC des non-ALD	Reste à charge moyen annuel en €	Âge moyen	Percentile de RAC des non-ALD	Reste à charge moyen annuel en €	Âge moyen
p1-p90	145	32	p1-p90	245	60
p91	537	50	p91	899	69
p92	568	52	p92	965	69
p93	608	53	p93	1 024	68
p94	656	54	p94	1 125	68
p95	708	55	p95	1 241	71
p96	779	56	p96	1 401	67
p97	871	57	p97	1 596	66
p98	996	57	p98	1 962	64
p99	1 243	59	p99	2 695	65
p100	2 430	55	p100	4 618	52
Ensemble	224	34	Ensemble	396	61

Sources • EPAS 2006 CNAMTS, rapport 2007 du HCCAM, INSEE, traitement DREES.

Champ • Assurés du régime général, hors dépassements.

Note de lecture (1^{re} ligne) • les 90 % de personnes non-ALD ayant le plus faible reste à charge après intervention de l'assurance maladie ont un reste à charge moyen de 145 €, un âge moyen de 32 ans.

Note de lecture (avant dernière ligne) • les 1 % de personnes non-ALD ayant le plus fort reste à charge après intervention de l'assurance maladie ont un reste à charge moyen de 2 430 €, un âge moyen de 55 ans.

à celle de sa complémentaire, sans pour autant lui ouvrir le bénéfice d'exonérations prévues dans le cadre du système ALD.

Pour les 5% d'assurés non-ALD ayant les dépenses non remboursées les plus élevées, les dépenses de médicaments et à l'hôpital en représentent chacune environ 30%. Pour les 10% d'assurés ALD ayant

les dépenses non remboursées les plus élevées, les dépenses à l'hôpital en représentent 57% et les dépenses de médicaments 22%. En revanche, ce sont les dépenses hospitalières qui contribuent massivement à créer les situations les plus extrêmes puisqu'elles représentent 54% du dernier percentile de dépense non remboursée des assurés non-ALD et jusqu'à 89% pour les assurés ALD (tableau 3).

tableau 3 ● Structure du reste à charge après intervention de l'assurance maladie par percentile de reste à charge (dépenses remboursables présentées au remboursement)

Pour les assurés non-ALD

Percentile de RAC des non-ALD	Honoraires	Pharmacie	Autres soins ambulatoires	Ensemble ambulatoire	Hôpital
p1-p90	29	39	29	97	3
p91-p100	15	39	24	78	22
p91	21	46	26	93	7
p92	20	47	26	94	6
p93	19	48	25	91	9
p94	19	48	24	92	8
p95	19	47	24	90	10
p96-p100	13	35	23	71	29
p96	18	48	25	91	9
p97	18	47	24	89	11
p98	16	47	24	87	13
p99	14	41	24	80	20
p100	8	20	19	46	54
Ensemble	23	39	26	89	11

Sources • EPAS 2006, traitement DREES.

Champ • Assurés du régime général, hors dépassements.

Note de lecture (avant dernière ligne) • les honoraires médicaux représentent 8% du reste à charge après intervention de l'assurance maladie des 1% d'assurés non-ALD ayant le reste à charge le plus élevé après intervention de l'assurance maladie.

Pour les assurés ALD

Percentile de RAC des ALD	Honoraires	Pharmacie	Autres soins ambulatoires	Ensemble ambulatoire	Hôpital
p1-p90	14	49	22	86	14
p91-p100	6	22	14	43	57
p91	10	42	21	73	27
p92	10	40	21	71	29
p93	9	38	19	66	34
p94	10	37	22	69	31
p95	7	33	21	61	39
p96-p100	4	16	13	32	68
p96	9	33	18	60	40
p97	7	31	18	56	44
p98	5	19	17	40	60
p99	4	15	13	33	67
p100	1	4	6	11	89
Ensemble	10	37	18	67	33

Sources • EPAS 2006, traitement DREES.

Champ • Assurés du régime général, hors dépassements.

Note de lecture (avant dernière ligne) : les honoraires médicaux représentent 1% du reste à charge après intervention de l'assurance maladie des 1% d'assurés ALD ayant le reste à charge après intervention de l'assurance maladie le plus élevé.

L'existence de dépenses non remboursées élevées semble ainsi moins soulever la question des insuffisances du système ALD que celle des mécanismes de remboursement des soins hospitaliers. Elle invite aussi à rechercher des gains d'efficience dans la prise en charge hospitalière afin de réduire son coût.

En vertu des règles régissant le droit commun, un patient hospitalisé est soumis à deux participations financières : un ticket modérateur de 20% et un forfait journalier. Il ne paie qu'une de ces deux participations, en l'occurrence celle qui représente le montant le plus important, à l'issue du séjour. Mais, les multiples motifs d'exonération et notamment au titre de l'ALD dispensent la plupart des assurés de ces frais⁴, la plupart ne payant qu'une participation forfaitaire. De ce fait, le taux moyen de remboursement de la Sécurité sociale atteint 92% pour les dépenses hospitalières.

En revanche, les quelques patients ne rentrant dans aucun dispositif d'exonération peuvent être confrontés à des dépenses non remboursées par la sécurité sociale très importantes. En effet, ce mécanisme de participation qui est croissant en fonction du temps passé et du coût des soins s'avère très vite inflationniste pour le patient.

En couvrant les risques de santé les plus coûteux, la couverture maladie de base facilite la non-prise en compte de l'état de santé dans le cadre de l'assurance complémentaire

L'analyse de la situation financière des plus malades, repérés par le dispositif des ALD, et partant les conclusions que l'on peut en tirer sur l'efficacité et l'équité du système actuel sont toutefois limitées en général au rôle de l'assurance maladie. La contribution de l'assurance complé-

mentaire est rarement abordée, sauf de façon qualitative, essentiellement pour des raisons de disponibilité des données. Or, le reste à charge des ménages et donc l'effort qu'ils supportent pour faire face à la maladie ne peut être correctement apprécié en se limitant à la partie des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

Le modèle de micro-simulation développé par la DREES (*cf. dossier n° 3*) permet pour la première fois de chiffrer le reste à charge des ménages après intervention des organismes complémentaires, en tenant compte de leur état de santé (prise en charge en ALD ou non).

• L'assurance maladie complémentaire contribue également à réduire le reste à charge des ménages

La dépense prise en charge par les organismes complémentaires s'établit en moyenne à 390 euros pour une personne en ALD contre 285 euros pour les autres assurés (tableau 4 et graphique 2) soit respectivement 5% et 23% de la dépense totale.

L'importance des assurances privées dans le financement des dépenses de santé dépend en effet par construction de la part des dépenses qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire. Ainsi, l'importance relative de la part des assurances complémentaires dans le financement des dépenses des personnes selon qu'elles sont ou pas en ALD s'explique par les parts respectives que prennent les remboursements de la Sécurité sociale. Les dépenses des ALD sont ainsi en moyenne prises en charge à hauteur de 92% par l'assurance publique contre 67% pour les autres assurés. Les dépenses hospitalières restant financées à plus de 90% par la Sécurité sociale, y compris pour les personnes qui ne sont pas en ALD, l'écart de taux de remboursement entre ALD et non ALD provient d'une part d'une différence de structure de consommation de soins, plus tournée vers l'hôpital pour les personnes en ALD, et d'autre part de différences de taux de remboursement pour les soins de ville. Ceux-ci sont en

4 • Le régime du K50 joue un rôle d'exonération massive en cas d'hospitalisation. Il exonère du ticket modérateur dès lors que le séjour comprend un acte technique facturé en K et coté K50 ou plus ; par ailleurs, pour les séjours excédant 30 jours, l'assuré est exonéré du ticket modérateur à partir du 31^e jour. Il reste toutefois redevable de celui-ci pour les 30 premiers jours en l'absence d'acte coté en K.

tableau 4 ● Financement des dépenses de santé individuelles selon le statut ALD en 2006 (dépenses remboursables présentées au remboursement)

		Total	Remboursé par la Sécurité sociale	Ensemble			Taux de remboursement OC sur le non remboursé (en %)	Taux de remboursement OC sur le total (en %)		
				Non remboursée par la Sécurité sociale						
				OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)				
Ville	Non-ALD	817	446	266	106	371	71	32		
	ALD	3 645	3 110	336	199	535	63	9		
Hôpital	Non-ALD	399	368	20	12	31	63	5		
	ALD	3 858	3 776	53	29	82	65	1		
Total	Non-ALD	1 216	814	285	117	403	70	23		
	ALD	7 503	6 886	390	228	617	63	5		

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • Sur les 817 € de dépense moyenne en soins de ville des personnes non-ALD, 446 € ont été payés par la Sécurité sociale, 266 € par les organismes complémentaires et 106 € directement par les ménages.

Pour les non ALD par quartile de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

	Total	Remboursée par la Sécurité sociale	Non remboursée par la Sécurité sociale			Taux de remboursement OC sur le non remboursé (en %)	Taux de remboursement OC sur le total (en %)
			OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)		
Q1	117	98	16	3	19	82	14
Q2	525	412	94	19	113	83	18
Q3	1 190	860	264	65	330	80	22
Q4	3 033	1 885	767	380	1 148	67	25
Ensemble	1 216	814	285	117	403	71	23

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • Sur les 117 € de dépense totale des 25 % de personnes non-ALD consommant le moins, 98 € ont été payés par la Sécurité sociale, 16 € par les organismes complémentaires et 3 € directement par les ménages.

Pour les ALD par quartile de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale

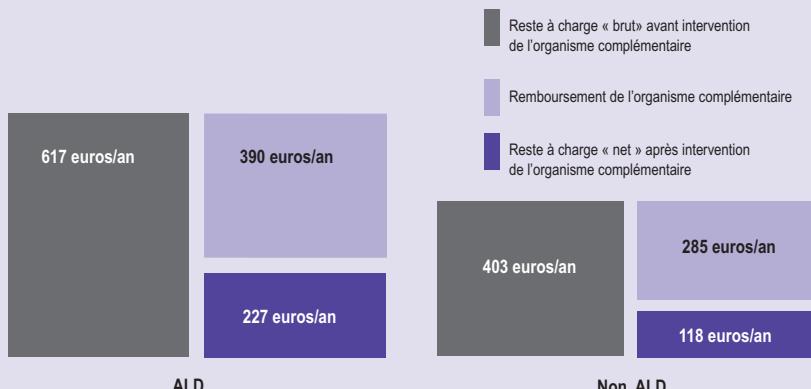
	Total	Remboursée par la Sécurité sociale	Non remboursée par la Sécurité sociale			Taux de remboursement OC sur le total (en %)	Taux de remboursement OC sur le total (en %)
			OC (1)	Ménages (2)	Total (1) + (2)		
Q1	4 414	4 362	32	20	52	62	1
Q2	6 300	6 077	155	68	223	69	2
Q3	8 659	8 131	381	147	528	72	4
Q4	10 649	8 981	992	676	1 668	59	9
Ensemble	7 503	6 886	390	228	617	63	5

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • Sur les 4 414 € de dépense totale des 25 % de personnes ALD consommant le moins, 4 362 € ont été payés par la Sécurité sociale, 32 € par les organismes complémentaires et 20 € directement par les ménages.

graphique 2 ● Structure de la dépense non remboursée selon le statut en ALD en 2006



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTEPE.
Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

moyenne financés à 85% par la Sécurité sociale pour les personnes en ALD, mais seulement à 55% pour les autres assurés (tableau 1).

Finalement, la part de la dépense totale prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires s'élève en moyenne à 97% pour les personnes en ALD et 90% pour les autres. Le reste à charge après intervention de l'assurance maladie et des organismes complémentaires d'une personne en ALD s'établit donc en moyenne à 230 euros contre 120 euros pour les autres assurés.

Ce constat est de nature à relativiser le poids des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale identifié dans la partie précédente pour certains assurés: en effet, les dépenses hospitalières et dans une moindre mesure les dépenses de médicaments, qui constituent l'essentiel de ces dépenses très élevées, sont en général bien prises en charge par les contrats complémentaires. C'est en effet sur le remboursement de l'optique, du dentaire et la prise en charge des dépassements que les contrats complémentaires sont les plus discriminants. Selon l'enquête de la DREES sur les contrats modaux en 2008, les médicaments remboursés à 65% sont intégralement pris en charge pour 98%

des bénéficiaires des contrats modaux étudiés par la DREES; les médicaments remboursés à 35% sont pris en charge en totalité dans 90% des cas. En ce qui concerne l'hôpital, les contrats prennent généralement en charge la totalité du forfait journalier, pour une durée illimitée le plus souvent en médecine et sur une période le plus souvent supérieure ou égale à 30 jours en soins de suite et de réadaptation. Ce sont les séjours longs en psychiatrie qui sont les moins bien pris en charge.

En revanche, les 6% de personnes sans couverture complémentaire selon l'enquête SPS 2008, dont environ une sur cinq est en ALD (tableau 5), peuvent être confrontées à des restes à charge très élevés⁵.

tableau 5 ● Part des ALD et des non-ALD par niveau de couverture complémentaire

	% d'ALD	% de non-ALD
Absence de couverture	19	81
CMU-C	11	89
Couverture privée	14	86

Sources • SPS 2006, IRDES, calcul de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 19% des personnes sans couverture complémentaire sont en ALD en 2006.

⁵ • Les données disponibles ne permettent pas de connaître la couverture complémentaire des personnes ayant les restes à charges les plus élevés, car les effectifs sont trop faibles dans l'appariement EPAS-SPS (10 000 observations) pour étudier les queues de distribution qui sont étudiées dans la partie précédente à partir de l'EPAS (70 000 observations).

- Les mécanismes d'exonération existants réduisent l'écart de risque entre malades et bien portants

Le système ALD et les différentes exonérations bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur du marché de la couverture complémentaire, en réduisant le différentiel de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale entre ses bénéficiaires et les autres assurés.

En effet, les risques de santé les plus coûteux étant couverts par l'assurance obligatoire, les organismes complémentaires n'ont pas d'incitation à tarifer en fonction du statut ALD ie de l'état de santé, ce qui permet, en définitive, de modérer le montant des primes payées par les plus malades.

Ainsi, si l'écart de risque demeure lié à l'âge, il dépend beaucoup moins de l'état de santé et du statut ALD après l'intervention de la Sécurité sociale, surtout pour les seniors (tableau 6). Pour

les personnes de plus de 60 ans qui constituent plus de la moitié des bénéficiaires du dispositif, les ALD et les non-ALD ont en effet des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale qui sont voisines.

Cette limitation de l'écart de risque entre les assurés en ALD et les autres est de nature à conformer les dispositions existantes qui interdisent (code de la mutualité) ou freinent, en contrepartie d'exonérations (dispositif dit «contrats solidaires») le recours au questionnaire médical. La tarification en fonction de l'âge paraît donc suffisante pour que les organismes complémentaires maîtrisent les différents niveaux de dépense de leurs assurés. Ce mode de tarification est d'ailleurs celui qui est pratiqué par les trois quarts des contrats individuels (tableau 7). Les primes des contrats collectifs sont, en revanche, plus souvent indépendantes de l'âge. Ces contrats sont fréquemment soumis à une adhésion obligatoire, ce qui organise une mutualisation de fait entre les salariés de l'entreprise et donc dispense d'une tarification qui tient compte des différences d'âge.

tableau 6 ● Écart entre ALD et non ALD selon l'âge des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale en 2006 (dépenses remboursables présentées au remboursement)

	Proportion de personnes en ALD		Dépenses non remboursées par la Sécurité sociale		
	ALD	Non-ALD	ALD (1)	Non-ALD (2)	Écart (1) – (2)
moins de 20 ans	2 %	98 %	331	231	100
20-39 ans	5 %	95 %	566	294	272
40- 49 ans	10 %	90 %	504	444	60
50- 59 ans	19 %	91 %	521	614	-93
60 – 69 ans	28 %	72 %	711	648	63
70 ans et plus	47 %	53 %	691	782	-91
Ensemble	14 %	86 %	617	402	215

Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTE.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 2 % des personnes de moins de vingt ans sont en ALD et ont des dépenses non remboursées par la sécurité sociale de 331 €.

tableau 7 ● Part de contrats (en %) dont la prime dépend de l'âge en 2008

	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
% de contrats dont les cotisations dépendent de l'âge	16,5	73,0	50,6
% de contrats dont les cotisations sont indépendantes de l'âge	83,5	27,0	49,4

Sources • Enquête DREES 2008 sur les contrats modaux.

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Note de lecture • Pour 16,5 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal, les cotisations dépendent de l'âge.

Un aperçu de cette politique tarifaire s'observe à partir de l'enquête SPS 2006. L'étude des contrats individuels à partir de cette source montre, en effet, que les primes augmentent avec l'âge, mais qu'elles demeurent indépendantes du statut ALD (tableau 8). Cette analyse ne tient cependant pas compte de l'effet qualité du contrat.

• Les mécanismes d'exonérations dont bénéficient les plus malades participent de la régulation du marché de l'assurance complémentaire

Le système ALD, en concentrant les remboursements de la Sécurité sociale sur les personnes souffrant de maladies chroniques exonérantes, participe donc indirectement à la régulation du marché de l'assurance complémentaire.

Sur le marché de l'assurance maladie complémentaire, une augmentation de l'écart de risque, au sens des assureurs, entre les personnes souffrant de maladies chroniques et les autres pourrait en effet conduire à une augmentation des primes des contrats individuels pour les personnes aujourd'hui ALD, par le biais d'un retour des questionnaires santé (malgré la perte fiscale pour les assureurs) ou par le biais de menus de contrats conduisant les assurés à révéler indirectement leur niveau de risque (Rothschild et Stiglitz, 1976).

Si les cotisations des contrats individuels des personnes souffrant de maladies chroniques augmentaient fortement, cela toucherait notamment les personnes âgées et les populations de niveau de vie modeste, sur-représentées en ALD (*cf. encadré 2*). Elles sont en effet plus fréquemment couvertes par ce type de contrat (graphique 3) que par des contrats collectifs qui offrent généralement de meilleures garanties.

tableau 8 ● Prime moyenne (en €) par bénéficiaire payée pour un contrat individuel selon l'âge du souscripteur et le statut ALD des personnes bénéficiaires du contrat

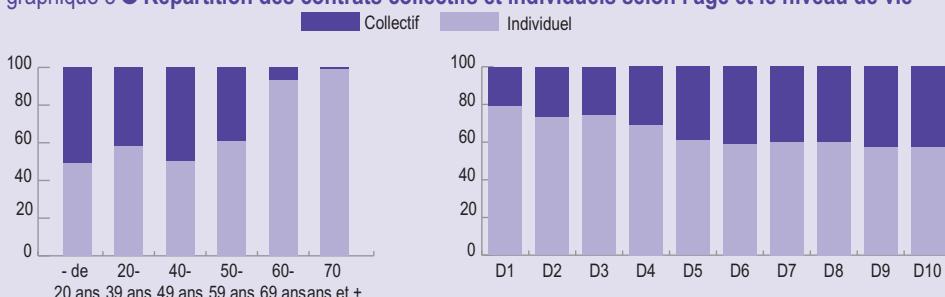
Tranche d'âge	Aucune personne en ALD sur le contrat	Au moins une personne en ALD sur le contrat
Moins de 40 ans	31	31
De 40 à 54 ans	44	44
De 55 à 64 ans	60	54
De 65 ans à 74 ans	68	68
75 ans et plus	72	61

Sources • Enquête SPS 2006, IRDES, traitement de la DREES.

Champ • France métropolitaine, ménage ordinaire.

Note de lecture • Pour un contrat individuel souscrit par une personne de moins de 40 ans, chaque bénéficiaire paye une prime moyenne de 31 € si aucune personne sur le contrat n'est en ALD.

graphique 3 ● Répartition des contrats collectifs et individuels selon l'âge et le niveau de vie



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTEP.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Note de lecture • 49 % des personnes de moins de 20 ans ayant une couverture complémentaire ont un contrat individuel.

Toute proposition de réforme visant à modifier les critères de remboursement de l'assurance maladie obligatoire devrait donc intégrer les éventuelles conséquences sur le marché de l'assurance complémentaire, et prévoir au besoin une adaptation des dispositifs de régulation existants (CMU, ACS, contrats responsables...).

Conclusion

Ce dossier s'est efforcé d'apporter des éclairages nouveaux sur la façon dont l'assurance maladie obligatoire mais aussi les organismes complémentaires prennent en charge les plus malades et de quantifier l'ampleur de la redistribution horizontale – entre malades et bien portants – qui est opérée par leur entremise. Il a souligné l'articulation forte qui existe entre ces deux niveaux d'assurance.

Bibliographie

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010) «Enquête sur la santé et la protection sociale 2008», *IRDES, rapport n° 1800, juin 2010*
- Bocognano A., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi An., Mizrahi Ar., «Enquête sur la santé et la protection sociale 1992» *Rapport Credes n° 982, 1993/08*
- Caussat L., Le Minez S., Raynaud D. (2005): «L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus?», *Dossiers Solidarité et Santé, n° 1-2005*.
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS): «Étude sur les personnes en affection de longue durée», *Point d'information, 4 décembre 2008*.
- Haute Autorité de Santé (HAS), «Affections de longue durée: liste des critères médicaux», avis 2007.
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM): «Avis sur une prise en charge efficiente des maladies dites affections de longue durée», *avis du 28 avril 2005*.
- Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS), «Les affections de longue durée», *rapport présenté par Jean-Pierre Door, 26 novembre 2008*.
- Païta M., Weill A (2009) «Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008», *CNAMTS, Point de repère n° 27, décembre 2009*.
- Rothschild M., Stiglitz J. (1976), «Equilibrium in Complete Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information», *Quarterly Journal of Economics*, vol. 90.
- Tabuteau D. (2010): «La métamorphose silencieuse des assurances maladie», *Droit social, n° 1 janvier 2010*.

annexe • Le dispositif de prise en charge des affections de longue durée

La description du dispositif

Dès l'origine de la Sécurité sociale, les assurés les plus malades ont bénéficié de dispositions particulières pour leur permettre d'accéder à des soins par nature onéreux. Ainsi, l'ordonnance du 19 octobre 1945, un des textes fondateurs du système actuel, prévoyait, dans son article 24, de diminuer ou de supprimer la participation financière des patients atteints d'une affection longue et coûteuse. Ce principe s'est matérialisé avec la mise en place du système d'Affection de longue durée (ALD).

Une affection de longue durée exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique justifient une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Cette prise en charge à 100% est réservée aux soins et traitements liés à l'affection de longue durée. Les traitements délivrés aux patients en ALD qui concernent une autre pathologie sont remboursés aux taux habituels par l'assurance maladie.

Une liste répertorie les trente affections ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. À cette liste, s'ajoutent les affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polypathologies invalidantes (ALD 32).

La loi du 13 août 2004 a rénové le dispositif: le protocole de soins est établi par le médecin traitant pour tout malade entrant en ALD. Ce protocole permet d'améliorer :

- la circulation de l'information et la coordination des soins entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui suivent un patient en ALD ;
- l'information du malade sur les soins et les traitements pris en charge à 100% dans le cadre de la maladie.

Selon la CNAMTS, 8,3 millions de personnes du régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD au 31 décembre 2008⁶. La proportion de personnes en ALD étant plus importante dans les autres régimes, notamment à la MSA⁷ compte tenu d'une pyramide des âges plus vieille, c'est au total près de 10 millions de personnes qui sont au total, tous régimes confondus, exonérés du ticket modérateur pour une ALD en 2008, soit environ 15% de la population française.

La progression annuelle du nombre de personnes en ALD ralentit légèrement. Elle est évaluée à +3,5% entre 2007 et 2008, contre +3,9% par an entre 2005 et 2007 et +5,7% par an entre 1994 et 2004 selon les données du régime général. Malgré ce ralentissement, la croissance des personnes en ALD reste nettement supérieure à la croissance de la population française (+0,6% en 2008) en raison essentiellement de l'augmentation de la prévalence des ALD et dans une moindre mesure du vieillissement de la population, si bien que la proportion de personnes en ALD continue de croître. Ainsi, selon l'enquête SPS 1992, moins de 7% des personnes enquêtées déclaraient à l'époque être en ALD⁸. La proportion de personnes en ALD a donc plus que doublé

6 • « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008 », Païta M., Weill A., CNAMTS, *Point de repère*, n° 27, décembre 2009.

7 • « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 », Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., IRDES, rapport n° 1800, juin 2010. Selon SPS 2008, la proportion de personnes exonérée du ticket modérateur pour raison médicale serait de 14% pour les personnes interrogées relevant pour leur régime de protection sociale de la CNAMTS, de 23% à la MSA, et de 14% au RSI.

8 • « Enquête sur la santé et la protection sociale 1992 », Bocognano A., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi An., Mizrahi Ar., Rapport Credes n° 982, 1993/08, 148 pages.

en une quinzaine d'années. En 2008, les personnes en ALD ont concentré 62,3% des remboursements du régime général.

Pour le régime général, les maladies cardiovasculaires représentent 34% des motifs d'exonération pour ALD, notamment l'hypertension artérielle sévère (13%), les maladies coronaires (10%) et l'insuffisance cardiaque grave (7%). Le deuxième grand motif d'exonération du ticket modérateur pour ALD est l'exonération pour tumeur maligne (20%), notamment pour les cancers du sein (11%) et de la prostate (8%). Le troisième grand motif d'exonération est le diabète (20%). Ces trois premiers motifs d'exonération concernent en majorité des personnes âgées de plus de 60 ans. Ainsi, l'âge moyen des personnes exonérées pour une maladie cardiovasculaire est de 70 ans, il s'établit à 66 ans pour les tumeurs malignes et à 65 ans pour le diabète. En revanche, le quatrième grand motif d'exonération, les affections psychiatriques de longue durée (11%) concerne une population plus jeune (48 ans en moyenne). Certaines personnes pouvant avoir plusieurs ALD, ces 4 principaux motifs d'exonération représentent environ 76% des personnes en ALD.

Les débats autour du dispositif ALD

En 2008, environ 15% de la population française, soit près de 10 millions de personnes bénéficient de l'exonération du ticket modérateur pour une ALD. Cette proportion a doublé en 15 ans, si bien que près des deux tiers des remboursements de l'assurance maladie sont destinés aux personnes en ALD. Cette croissance s'explique essentiellement par l'augmentation de la prévalence des ALD. Il est à noter que même si le dispositif ALD n'existe pas, les personnes particulièrement exposées au risque maladie bénéficiaient d'autres exonérations (au titre des hospitalisations, de divers critères sociaux...). Au total, le surcoût du dispositif d'exonération ne représente qu'une faible part des remboursements des soins par l'assurance maladie des personnes en ALD⁹ (10%).

La dynamique des dépenses des personnes en ALD est vive, expliquant 90% de la croissance annuelle des remboursements. En effet, plus que l'exonération elle-même¹⁰, c'est à la fois la croissance rapide des effectifs en ALD (+ 3,5% en 2008) et l'intensification des soins dispensés aux patients relevant de pathologies lourdes et chroniques qui expliquent la dynamique des dépenses des personnes en ALD. Selon des projections de la CNAMTS pour la période 2008-2011, les ALD contribueraient à 95% de la croissance des dépenses de ville, et 81% de la croissance des dépenses hospitalières¹¹. La concentration croissante des dépenses d'assurance maladie sur les assurés en ALD et la dynamique de leurs dépenses, dans un contexte de difficultés récurrentes de financement de l'assurance maladie et de vieillissement de la population, ont mis ce dispositif au centre du débat public. Il a été questionné sous l'angle à la fois de l'efficacité médicale et de l'équité horizontale dans divers rapports et contributions ces dernières années et diverses pistes de réforme ont été proposées.

Le système des ALD poursuit en effet deux objectifs différents, comme l'ont notamment rappelé la HAS (2006 et 2007)¹², le HCAAM¹³ (2005, 2006 et 2007) et la Cour des comptes¹⁴ (2006): à l'objectif initial d'accessibilité financière aux soins des patients atteints d'une maladie longue et

9 • Voir le rapport de la MECSS sur les affections de longue durée (2008), présenté par Jean-Pierre Door.

10 • Selon la Cour des comptes, dans son rapport sur la répartition du financement des dépenses d'assurance maladie depuis 1996, ce surcoût lié aux ALD n'expliquerait que 6,2% de la croissance des dépenses d'assurance maladie obligatoire sur la période 2004-2006.

11 • *Point d'information CNAMTS*, 4 décembre 2008, « Étude sur les personnes en affection de longue durée ».

12 • HAS, rapport mai 2006 et HAS, « Affections de longue durée : liste et critères médicaux », avis 2007.

13 • HCAAM, avis du 28 avril 2005 sur une prise en charge efficiente des maladies dites « affections de longue durée »; HCAAM, rapport annuel, juillet 2006; HCAAM.

14 • Cour des comptes, rapport sur les finances sociales, septembre 2006.

coûteuse s'est ajouté à partir de 1988 un objectif de qualité des soins garantie en principe par la protocolisation des parcours de soins¹⁵. La HAS, suivie en cela par le HCAAM, la Cour des comptes, la MECSS¹⁶ et le HCSP¹⁷, s'est interrogée sur la possibilité d'atteindre efficacement ces deux objectifs avec un seul outil. Les critiques portant sur l'efficacité de ce dispositif pour assurer la qualité de la prise en charge médicale des patients ont en particulier pointé l'hétérogénéité de la liste des ALD et sa cohérence médicale imparfaite. Elles ont débouché notamment sur des propositions de révision plus ou moins poussée des critères médicaux d'admission – et de sortie – en ALD et de la liste des pathologies concernées, ainsi que sur des recommandations visant à améliorer la prise en charge médicale (contractualisation avec les professionnels, formation continue, éducation thérapeutique des patients...).

Un second type de critiques a plus particulièrement porté sur l'efficacité du dispositif à limiter les restes à charge élevés et à garantir de ce fait l'accessibilité financière des soins. L'absence de définition *a priori* de la notion de « soins particulièrement coûteux » a été pointée. Or les travaux, notamment de la HAS, du HCAAM et de la CNAMTS, ont mis en évidence une grande diversité des coûts effectivement constatés pour une même pathologie selon les patients, et pour un même patient, selon le stade de la pathologie. Ils pointaient également l'existence de restes à charge – après remboursement de l'assurance maladie – qualifiés de catastrophiques du fait de leurs montants, pour des assurés ne bénéficiant pas de l'ALD, mais aussi pour des personnes en ALD. Ces constats ont alimenté, *a minima*, l'idée d'une révision de la liste des ALD afin de cibler réellement les pathologies longues et coûteuses et au-delà, des idées de réformes plus importantes afin de venir à bout de ces restes à charge catastrophiques et de recentrer le dispositif sur les personnes confrontées à des dépenses très élevées.

La HAS (2006 et 2007) a ainsi proposé une dissociation complète des critères de reconnaissance d'une affection de longue durée (objectif de qualité des soins) et des critères d'exonération du ticket modérateur (objectif d'accessibilité financière). Dans le prolongement de ces travaux, le rapport Briet-Fragonard¹⁸ proposait en 2007 de mettre en place un système de bouclier sanitaire, consistant à plafonner annuellement les restes à charge des assurés – définis par la différence entre la dépense remboursable par l'assurance maladie et la dépense effectivement remboursée – et à supprimer en contrepartie le système d'exonération ALD. Le plafond de reste à charge au-delà duquel les dépenses remboursables seraient remboursées intégralement par l'assurance maladie pourrait dépendre du revenu, et le champ des dépenses concernées se limiterait dans un premier temps aux dépenses de ville, avant, selon sa faisabilité technique, d'inclure les dépenses hospitalières. Les dépassements d'honoraires ne seraient pas concernés par le bouclier sanitaire.

Enfin, d'autres contributions (Tabuteau¹⁹, 2010) ont souligné que la contrepartie d'une concentration croissante des dépenses de l'assurance maladie sur les ALD avait été un transfert progressif de certaines charges vers les organismes complémentaires et les ménages, à la faveur des déremboursements et de la hausse des tickets modérateurs et autres participations forfaitaires. Il en découlerait un risque d'une remise en question de l'équilibre historique entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, et partant d'une augmentation des inégalités sociales de santé. Dans ce cas, la piste de réforme privilégiée était, au-delà de la maîtrise des dépenses, une hausse raisonnée des prélevements obligatoires.

15 • Le protocole inter-régime d'examen spécial (PIRES) a constitué le premier instrument d'une gestion des soins au service de la qualité. Il obligeait notamment à l'établissement d'un protocole écrit de traitement.

16 • Rapport de la MECSS, 2008.

17 • HCSP, rapport de la commission maladies chroniques, « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique », novembre 2009.

18 • Briet, R. et Fragonard B., avec le concours de Lancry P.-J., mission bouclier sanitaire, 28 septembre 2007.

19 • Tabuteau D., 2010, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, janvier.

Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par microsimulation

Renaud LEGAL, Denis RAYNAUD, Guillaume VIDAL (DREES)

La présente étude offre pour la première fois une analyse microéconomique de la structure de financement des dépenses de santé des ménages. Celle-ci est loin d'être uniforme, compte tenu de l'hétérogénéité de la population face au risque maladie d'une part et face à sa prise en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires d'autre part. La distribution du reste à charge au niveau des ménages est donc très variable selon leur âge et leur niveau socioéconomique.

Les ménages modestes, plus âgés et en moins bonne santé que les plus aisés ont ainsi en moyenne des dépenses plus élevées. Leur structure de consommation est également particulière, marquée par un recours plus important à l'hôpital mais plus faible aux spécialistes pratiquant des dépassements ainsi qu'une consommation moindre des soins les moins bien pris en charge par l'assurance maladie (optique et dentaire).

La couverture complémentaire est un déterminant important de l'accès aux soins : 94% de la population en dispose. Toutefois, le niveau de garantie offert est très variable : ce sont les actifs qui sont le plus fréquemment couverts par un contrat haut de gamme, tandis que les jeunes sont plus fréquemment couverts par des contrats d'entrée de gamme et les retraités par des contrats intermédiaires. En définitive, le niveau de remboursement au titre de l'assurance complémentaire dont dispose un individu dépend assez peu de son état de santé.

La structure de financement et le reste à charge des ménages sont très sensibles à leur niveau de vie et à leur position par rapport à l'emploi. C'est pour les plus modestes, les moins bien insérés sur le marché du travail et les plus âgés que la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale est la plus élevée. Ce sont eux aussi qui bénéficient le plus de la CMUC. A contrario, les plus aisés financent une part non négligeable de leur santé à partir de fonds privés. Le reste à charge moyen des ménages augmente avec leur niveau de vie, qu'on le considère uniquement après intervention de l'assurance maladie, pour mesurer l'ampleur de la solidarité que celle-ci organise, ou également après prise en compte de la prise en charge des organismes complémentaires. Toutefois, si l'on rapporte ce reste à charge au revenu disponible des ménages, pour avoir une mesure de l'effort financier qu'ils consacrent à leur santé, l'on constate a contrario que le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible. La couverture complémentaire, et notamment la CMU-C, joue un rôle important pour alléger la charge financière des plus modestes : elle permet de diviser leur taux d'effort par 3,5. Pour les plus aisés, l'intervention des complémentaires privées divise par 3 leur taux d'effort.

Les Comptes de la santé permettent chaque année de mesurer, au niveau macro-économique, la participation de chaque financeur au financement de la dépense de santé. En 2009, la Sécurité sociale a financé 75,5% des dépenses de santé, les organismes complémentaires 13,8%, les ménages 9,4% et l'État 1,3% au travers essentiellement de la CMU-C. La structure de financement des dépenses de santé s'est légèrement déformée sur moyenne période. Depuis 1995, la part de la Sécurité sociale s'est réduite de 1,6 point au profit des organismes complémentaires. La part des ménages quant à elle, après avoir baissé depuis 1995 a recommencé à croître à partir de 2005, en raison notamment de diverses mesures d'économie visant à limiter le déficit de la branche maladie. Toutefois, sa progression s'est arrêtée en 2008. En 2009, le reste à charge des ménages s'établit à un peu plus de 16 milliards d'euros.

Si la structure de financement et sa dynamique sont bien connues au niveau macro-économique, il n'en va pas de même au niveau micro-économique. En effet, les données de l'assurance maladie ne permettent de connaître que la part de la dépense individuelle présentée au remboursement et celle qu'elle prend en charge. Ces données ne permettent pas d'estimer la part de cette dépense restant à la charge de l'individu et de son ménage après intervention des organismes complémentaires, qui couvrent 93,9% de la population. Les données des organismes complémentaires sont quant à elles souvent incomplètes et ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble, représentative pour l'ensemble des ménages, des remboursements qu'elles prennent en charge. Quant aux cas types parfois mis en avant pour analyser la structure du financement des dépenses de santé et le reste à charge pour différents types de ménages, ils ont le défaut majeur de ne pas tenir compte de la fréquence réelle des cas décrits dans la population.

Les structures de financement de la dépense de santé observées au niveau agrégé n'ont aucune

raison d'être les mêmes pour tous les ménages, en raison notamment de l'hétérogénéité de la population face au risque maladie d'une part, et face à sa prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires d'autre part. Aussi, le reste à charge des ménages est-il probablement lui aussi distribué de façon très hétérogène au sein de la population, selon l'âge, l'état de santé, mais aussi le niveau de vie des individus. Or, le reste à charge a de longue date été considéré comme l'un des indicateurs permettant de mesurer l'accessibilité financière des soins et à ce titre, a toujours fait l'objet d'une attention particulière (encadré 1).

La connaissance de la structure de financement des dépenses de santé au niveau individuel est donc un enjeu d'importance. Cet article présente pour la première fois une analyse de la structure de financement des dépenses de santé au niveau microéconomique et illustre sa variabilité en fonction des caractéristiques des ménages. Ces résultats sont issus d'une maquette élaborée par la DREES, en collaboration avec la Direction générale du trésor, la CNAMTS et l'IRDES. Cet outil simule l'ensemble de la structure de financement des dépenses de santé présentées au remboursement¹ pour un échantillon représentatif de 8 000 ménages ordinaires et de 22 000 individus ne vivant pas en institution (*cf. annexe 1*). Par rapport aux sources d'information existantes, ses deux principaux apports sont de permettre une analyse au niveau ménage et d'opérer le partage à ce niveau entre ce qui est payé par les organismes complémentaires et ce qui est payé par les ménages. Les résultats sont présentés au niveau du ménage et non des individus, afin de tenir compte de la mutualisation des ressources, des risques et des dépenses qui s'opère à ce niveau.

L'article se compose de trois parties. La première partie décrit le profil de morbidité² de la population en fonction de ses grandes caractéristiques socioéconomiques et la nature des dépenses associées³. L'hétérogénéité de la couverture com-

1 • Les données sur les dépenses de santé utilisées dans l'outil de micro-simulation provenant exclusivement des données de l'Assurance Maladie, les résultats de structure de financement présentés ici ne concernent que le champ des dépenses présentées au remboursement. Ce champ ne recouvre donc pas l'ensemble des dépenses (notamment, l'automédication n'est pas prise en compte), contrairement au champ des Comptes de la santé. Il s'agit d'une particularité importante de l'étude présentée ici.

2 • Approché par la proportion d'individus en ALD.

3 • Approchée par deux indicateurs : la part de dépenses d'hôpital et de dépassements dans la dépense totale.

encadré 1 • Restes à charge et taux d'effort, que mesure-t-on ?

Préambule : les objectifs du système d'assurance maladie public français

En France, la participation à l'assurance maladie publique est obligatoire, d'où l'appellation « régime obligatoire ». La philosophie d'ensemble de ce régime est souvent résumée par l'expression : « contribution de chacun selon ses moyens, couverture de chacun selon ses besoins ».

Les cotisations maladie sont, en effet, assises sur le revenu, sans lien a priori avec le niveau de risque individuel⁴ et le niveau des remboursements. Ce calcul des cotisations correspond à une logique de redistribution verticale au sein de la population.

Les niveaux de remboursement des soins ne dépendent pas, en revanche, de la situation financière du patient, mais du degré de morbidité supposé (taux de remboursement de 80 % à l'hôpital, de 70 % en ville, médicaments à 35 % ou 65 %...) et – le cas échéant – de la situation particulière du patient au regard des mécanismes d'exonération au moment des soins (ALD, hospitalisation de plus de 30 jours, maternité...). Ces prises en charge différencieront selon les soins et selon les individus correspondent à une logique de redistribution horizontale entre malades et bien portants.

Plus concrètement, on peut dire que le système d'assurance obligatoire français poursuit par essence deux objectifs distincts : un objectif de solidarité entre bien portants et malades (centré sur le coût de la maladie indépendamment du revenu) et un objectif plus englobant d'accessibilité financière des soins (le Haut Conseil de l'assurance Maladie a engagé une réflexion sur les indicateurs propres à permettre de suivre ces objectifs)

Deux indicateurs de reste à charge pour apprécier deux objectifs différents

Ce retour sur les objectifs du système d'assurance publique français est important pour apprécier « ce qu'indiquent les indicateurs », en l'occurrence les différents indicateurs de reste à charge qu'il est possible de bâtir.

Le reste à charge⁵ en valeur absolue, qui intègre non seulement les remboursements de l'assurance maladie obligatoire mais aussi les remboursements des organismes complémentaires (RAC1 dans notre étude), permet d'apprécier le second objectif, celui d'accessibilité financière des soins. On peut souhaiter que ce reste à charge soit faible pour les individus aux faibles revenus, ou que corolairement le taux d'effort correspondant⁶ soit raisonnable. Notons toutefois que l'accessibilité financière des soins ne saurait s'apprécier à partir de ce seul indicateur. En effet, celui-ci étant par construction calculé sur les seuls individus qui recourent effectivement aux soins, un biais de sélection existe. Si les individus qui ont en réalité renoncé aux soins pour raisons financières (et donc qui ne participent pas à l'estimation de cet indicateur) avaient néanmoins recouru, l'indicateur de reste à charge augmenterait sans doute sensiblement. En définitive, une évaluation globale de l'accessibilité financière des soins ne saurait faire l'économie d'indicateurs de recours aux soins et de renoncement aux soins pour raisons financières (cf. indicateurs PQE).

Le reste à charge en valeur absolue, après remboursement par les seuls régimes de base (RAC2 dans notre étude), est au contraire pertinent pour apprécier la solidarité entre bien portants et malades induite par le système d'assurance publique. Dans un système visant un niveau élevé de solidarité, les personnes les plus malades ne devraient pas avoir de dépenses sensiblement plus élevées que les autres personnes.

L'influence du périmètre des dépenses sur le niveau des indicateurs

Par ailleurs, signalons que le champ des dépenses considéré peut modifier le montant du reste à charge, et ce quelle que soit l'approche retenue (RAC1 ou RAC2).

En l'occurrence, le fait de se situer *stricto sensu* sur le champ des dépenses remboursables présentées aux régimes obligatoires pour remboursement – comme c'est le cas dans la présente étude – modifie le

4 • Contrairement au principe de tarification actuarielle, basé sur l'espérance mathématique du coût individuel, conditionnellement aux caractéristiques de la personne observées par l'assureur.

5 • Défini comme la différence entre une dépense et un remboursement.

6 • Défini comme le ratio du reste à charge sur le revenu disponible.

montant du reste à charge, par rapport à celui obtenu en menant le calcul sur l'intégralité des dépenses de l'individu⁷ et l'intégralité des remboursements de l'organisme complémentaire⁸.

Pour préciser l'effet du champ sur le niveau des indicateurs de reste à charge RAC1 et RAC2, il nous faut préciser la nature des dépenses échappant à notre analyse. En réalité, celles-ci sont de deux types :

- il peut s'agir de dépenses, telles que les dépenses d'automédication, qui ne sont remboursées ni par le régime obligatoire, ni par le régime complémentaire. Les prendre en considération augmente la dépense totale de santé de l'individu. Ces dépenses n'étant ni remboursées par la Sécurité sociale ni par les organismes complémentaires, les prendre en compte augmenterait en définitive mécaniquement les restes à charge RAC1 et RAC2, d'un montant égal ;
- il s'agit aussi de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale mais prises en charges par les organismes complémentaires (par exemple les dépenses consécutives à l'achat de lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale, mais prises en charge par le contrat d'assurance complémentaire santé). Prendre en considération ce deuxième type de dépenses augmente la dépense totale de santé de l'individu, mais aussi ses remboursements. Toutefois, les remboursements étant toujours inférieurs à la dépense (pas de surassurance), la prise en compte de ces dépenses augmenterait in fine également le niveau des deux indicateurs de reste à charge RAC1 et RAC2, mais davantage le second que le premier.

En définitive, le champ de dépense sur lequel nous travaillons (celui des dépenses remboursables présentées au remboursement) nous conduit – par rapport au champ exhaustif – à sous-estimer chacun des deux indicateurs RAC1 et RAC2. D'un point de vue théorique (et non pratique), la question du champ sur lequel les indicateurs de reste à charge doivent être calculés (dépense totale ou dépense remboursable) renvoie au débat sur le juste périmètre du « panier de soins ».

plémentaire et ses répercussions sur la structure de financement des dépenses au niveau microéconomique sont discutées dans une seconde partie, essentiellement à partir d'une revue de littérature. Enfin, la variabilité de la structure de financement des dépenses de santé et les taux d'effort associés sont présentés et analysés dans une troisième partie selon différentes caractéristiques des ménages : niveau de vie, âge et situation face à l'emploi.

Des profils de morbidité et des structures de dépenses très hétérogènes

• Les ménages modestes ont en moyenne des dépenses plus élevées

Les ménages ne sont pas tous confrontés au même risque santé. L'âge est bien entendu le premier

facteur – mais pas le seul – à influencer la morbidité (graphique 1) et partant, le niveau de dépenses de santé. La morbidité peut dépendre aussi d'autres facteurs, comme les caractéristiques génétiques, les expositions à certains risques (environnementaux ou professionnels par exemple) ou encore le mode de vie.

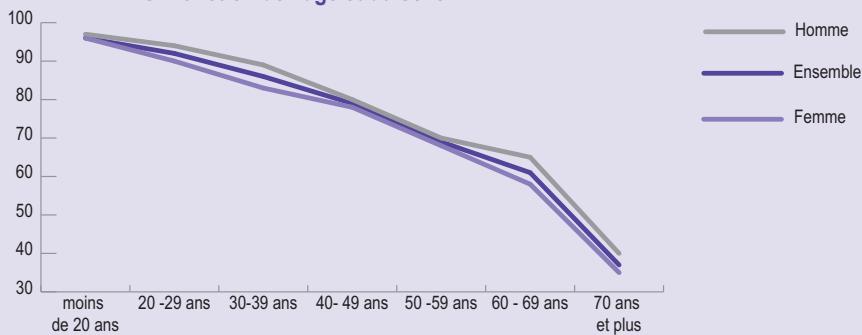
Par ailleurs, le niveau des dépenses de santé est très variable selon la pathologie : c'est pourquoi, dès l'origine, certaines affections, dont le traitement était considéré comme particulièrement long et coûteux, ont fait l'objet d'une prise en charge particulière, dérogatoire aux règles communes, dans le cadre du dispositif des affections de longue durée (ALD).

Enfin, les dépenses de santé varient de façon sensible en fonction du niveau de vie (graphique 2). Les dépenses moyennes de santé sont en effet plus élevées pour les ménages modestes appartenant aux quatre premiers déciles.

7 • Que celles-ci soient ou non remboursables, et pour les dépenses remboursables, qu'elles soient ou non présentées au remboursement.

8 • Il se peut que certaines dépenses, comme les lentilles non remboursables par la Sécurité sociale, non présentées au régime obligatoire pour remboursement (donc ne rentrant pas dans le champ des dépenses de la maquette, par construction) soient présentées à l'organisme complémentaire.

graphique 1 ● Part des personnes déclarant un bon ou très bon état de santé, en fonction de l'âge et du sexe



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Individus des ménages ordinaires, France métropolitaine.

graphique 2 ● Dépense annuelle moyenne de santé par ménage (en euros), en fonction du décile de niveau de vie



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépense présentée au remboursement.

tableau 1 ● Taille des ménages, structure par sexe et âge et état de santé selon le décile de niveau de vie

Décile de niveau de vie	Nombre moyen de personnes par ménage	% de femmes	% de moins de 20 ans	% de plus de 60 ans	% de personnes en ALD
D1	2,7	53	34	15	14
D2	2,3	55	27	25	18
D3	2,4	54	25	28	19
D4	2,5	54	27	26	17
D5	2,4	51	28	19	12
D6	2,4	50	26	18	12
D7	2,4	50	23	19	14
D8	2,5	51	21	18	13
D9	2,3	50	18	19	12
D10	2,2	49	16	22	11
Ensemble	2,4	52	25	21	14

Sources • Appariement EPAS-SPS 2006, CNAMTS, MSA, RSI, IRDES, traitement de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Cela tient en partie, pour le premier décile, à la taille des ménages, plus élevée que dans le reste de la population (2,7 personnes vs 2,4). Pour les trois déciles suivants, cela s'explique en grande partie par un âge moyen plus élevé que la moyenne de ces ménages (plus d'un quart de ces personnes ont plus de 60 ans vs un cinquième en moyenne) et une part plus importante de personnes en mauvaise santé comme en témoigne la part en ALD: près d'une sur cinq contre une sur sept dans l'ensemble de la population (tableau 1).

• Une structure de consommation de soins différenciée

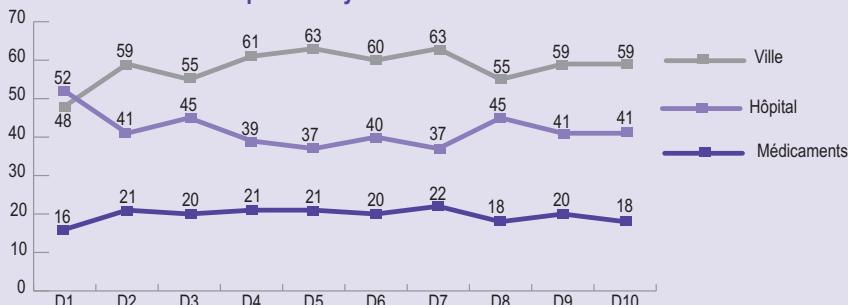
La part des dépenses en soins hospitaliers fluctue avec le niveau de vie des ménages (graphique 3). On constate cependant une situation particulière pour le premier décile pour lequel les dépenses

hospitalières représentent 52% de la dépense totale contre environ 40 à 45% pour les ménages des déciles suivants. Cette proportion plus élevée de dépense correspond à un taux de recours à l'hôpital d'autant plus important que le revenu est modeste (graphique 4).

En revanche, les ménages modestes consomment moins de soins qui sont peu remboursés par la Sécurité sociale. Ainsi, les ménages des deux premiers déciles de niveau de vie ont des dépenses en optique et en dentaire – qui sont deux types de soins faiblement pris en charge par la Sécurité sociale – deux à trois fois inférieures à celles des ménages du dernier décile (graphique 5).

De même, les ménages modestes ont un recours moindre aux spécialistes pratiquant les dépassements d'honoraires. Ainsi, dans seulement 37%

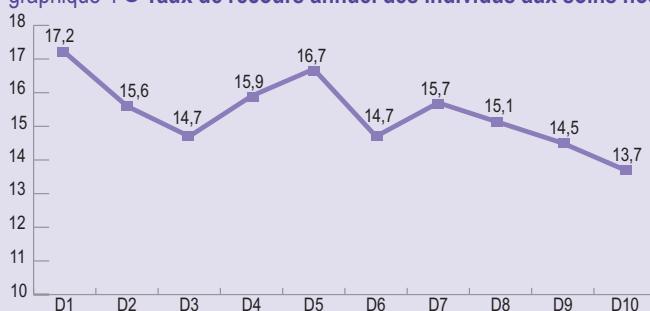
graphique 3 ● Part (en %) de l'hôpital, de la ville et des médicaments dans la dépense moyenne de santé



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine; dépense présentée au remboursement.

graphique 4 ● Taux de recours annuel des individus aux soins hospitaliers (en %)



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine; dépense présentée au remboursement.

Note de lecture • 17,2% des individus appartenant à un ménage du premier décile de niveau de vie ont eu des dépenses hospitalières dans l'année 2006.

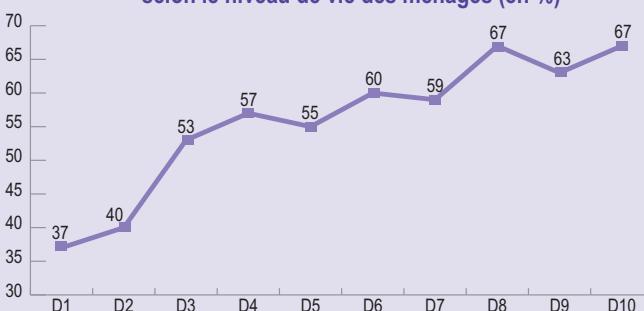
graphique 5 ● Montants moyens des dépenses annuelles des ménages en optique et en dentaire selon le niveau de vie (en euros)



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAIMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépense présentée au remboursement.

graphique 6 ● Taux de recours aux spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires selon le niveau de vie des ménages (en %)



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAIMTS, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépense présentée au remboursement.

des ménages du premier décile de revenu, au moins une personne est allée au cours de l'année 2006 consulter ce type de praticien. Cette proportion dépasse les 60% dans les ménages des trois derniers déciles de niveau de vie. Comme pour l'optique et le dentaire, les ménages modestes limitent le montant des dépenses qui ne leur sont pas remboursées par la Sécurité sociale (graphique 6).

La partie suivante s'intéresse au rôle de la couverture complémentaire dans la formation de ces disparités de consommation entre déciles de niveau de vie.

Une couverture complémentaire très hétérogène

Les études empiriques, notamment les études américaines appuyées sur l'expérience menée par la Rand Corporation dans les années 70 ([33]) ou les études sur l'extension du programme Medicaid ([19]) ont, de longue date, démontré le rôle déterminant de l'assurance santé dans l'accès aux soins, à état de santé donné. En allégeant la contrainte financière que la consommation de soins exerce sur le budget des ménages, l'assurance santé per-

met de réduire les disparités de consommation de soins entre les ménages modestes et les autres et d'éviter notamment une sous-consommation de soins au regard de l'état de santé.

• La couverture complémentaire santé est un déterminant important de l'accès aux soins

En France, de nombreux travaux empiriques ont mis en évidence un effet positif de la couverture complémentaire sur le recours aux soins ([34, 35, 36, 37]). Les dépenses de spécialistes, comme de soins ambulatoires, des personnes disposant d'une assurance complémentaire santé sont plus élevées

toutes choses égales par ailleurs, et notamment à état de santé identique ([12], [15]). La couverture complémentaire joue un rôle important dans l'accès des ménages modestes à des prestations peu remboursées par la Sécurité sociale, comme les dépenses d'optique et en soins dentaires ([32]).

C'est pourquoi les pouvoirs publics se sont efforcés de favoriser l'accès à la couverture universelle, notamment des plus modestes. Les études existantes confirment en effet que l'absence de couverture complémentaire dépend essentiellement du niveau de revenu et du milieu social ([27]). Globalement, le taux de couverture par une complémentaire santé augmente avec le niveau de vie (cf. graphique 7).

encadré 2 • La CMU-C et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), instaurée par la loi du 27 juillet 1999, permet d'accorder une couverture complémentaire gratuite aux Français et aux étrangers en situation régulière. Ce dispositif sous conditions de ressources⁹ permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses...). Financé intégralement par les organismes complémentaires depuis 2009, le dispositif comptait 4,1 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2009 pour les 3 grands régimes d'assurance maladie¹⁰.

L'enquête Santé et protection sociale permet de connaître les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de la CMU-C. Il s'agit d'une population jeune, dont un tiers appartient à une famille monoparentale, issue d'un milieu social modeste. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent un moins bon état de santé que le reste de la population du même âge. Le taux de personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) est d'ailleurs plus élevé parmi les bénéficiaires de la CMU-C que parmi les personnes ayant une couverture privée, à âge équivalent ([6, 7, 9]).

Par rapport à l'absence de couverture, la CMU-C permet de diminuer le renoncement aux soins pour raisons financières ([10]). « Toutes choses égales par ailleurs », le bénéfice de la CMU-C permet de diviser par trois le risque de renoncement aux soins par rapport à une personne sans assurance complémentaire ([36]).

Mise en place dès le 1^{er} janvier 2005, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) s'adresse aux ménages dont les revenus dépassent légèrement le seuil d'éligibilité à la CMU-C¹¹. Ce dispositif prend la forme d'un bon d'achat qui vient réduire le montant que l'assuré doit payer au titre de la prime d'assurance. Il est destiné à gommer les effets de seuil induit par la CMU-C. Toutefois, malgré des montants de subvention non négligeables (proches de 50 % du coût du contrat moyen acheté par les bénéficiaires de l'ACS en 2006), le dispositif ne semble pas susciter une demande à la hauteur de celle qui était attendue: 240 659 attestations avaient été utilisées en novembre 2006, 329 549 en novembre 2007, 442 283 en novembre 2008 et 501 681 en novembre 2009 pour une population d'éligibles estimée à environ 2 millions de personnes en 2005 ([25])¹².

9 • Le plafond de ressources varie selon la composition du foyer. Il est de 627 euros mensuels pour une personne seule en métropole (698 € dans les DOM). Il est majoré de 50 % pour la deuxième personne, de 30 % pour les troisième et quatrième personnes, et de 40 % par personne à partir de la cinquième personne.

10 • Régime général, régime des travailleurs indépendants et régime agricole, en métropole et dans les Dom.

11 • Toute personne dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMUC et 20 % de ce plafond peut prétendre à l'ACS.

12 • Source : Lettre d'information du fonds CMU, 2009.

La mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), sous condition de ressources, instaurée par la loi du 27 juillet 1999, a représenté à cet égard un progrès décisif (encadré 2). Plus récemment, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé mise en place le 1^{er} janvier 2005 vise à faciliter l'accès des ménages dont les revenus dépassent légèrement le seuil d'éligibilité à la CMU-C à une complémentaire santé, en prenant en charge une partie de la prime d'assurance.

Si la CMU-C et l'ACS permettent d'atténuer les inégalités en offrant une couverture complémentaire aux plus démunis, la proportion de personnes sans couverture complémentaire demeure toutefois bien plus élevée dans les premiers déciles de niveau de vie (20% dans le premier décile contre 3% dans le dernier).

• Le niveau de couverture offert par les complémentaires est très hétérogène

Le marché de la complémentaire santé se répartit entre trois types d'organismes : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Les bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sont assurés dans 58% des cas par un contrat individuel¹³ et dans 42% des cas par un contrat collectif, acquis par l'intermédiaire de l'entreprise¹⁴.

Les mutuelles couvrent plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire santé en France (tableau 2). Elles occupent une place plus importante sur le marché des contrats individuels (69%) que sur le marché des contrats collectifs (37%). Les sociétés d'assu-

tableau 2 ● Proportion de personnes couvertes pour chaque type d'organismes selon le type de contrat (en %)

	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	69,4	36,9	55,6
Institutions de prévoyance	3,3	36,9	17,6
Assurances	27,3	26,2	26,8
Total	100	100	100

Sources • Enquête DREES sur les contrats modaux, 2008.

rances offrent quant à elles leurs services à un peu plus du quart des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé, en individuel (27%) comme en collectif (26%). Les institutions de prévoyance, peu présentes sur le marché des contrats individuels (3%), sont avec les mutuelles le premier acteur *ex-aequo* sur le marché des contrats collectifs (37%).

Le niveau de garanties des personnes assurées par les contrats modaux des organismes complémentaires santé varie fortement selon le type de contrat adopté et l'âge du souscripteur. La typologie mise en place par la DREES en 2006¹⁵ permet de regrouper les contrats modaux en quatre classes – désignées par une lettre allant de A pour les contrats haut de gamme à D pour les contrats bas de gamme – selon le degré de couverture qu'ils offrent. Les contrats collectifs sont en moyenne de meilleure qualité que les contrats individuels¹⁶, même si des disparités existent au sein des contrats collectifs entre contrats à adhésion obligatoire et contrats à adhésion facultative¹⁷ ([17,24]).

Ces contrats profitent surtout aux 25-59 ans. Selon l'enquête 2009 auprès des organismes com-

13 • Les contrats de mutuelles proposés aux fonctionnaires, bien qu'obtenus par l'intermédiaire de l'employeur, sont classés en individuel.

14 • Sources : Garnero M., Rattier M.-O., 2010, « Les contrats les plus souscrits auprès d'une complémentaire en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

15 • Arnould M.-L., Vidal G., 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 663, octobre.

16 • En effet, on trouve en collectif beaucoup moins de garanties faibles qu'en individuel (27% contre 62%). À l'inverse, on y trouve plus de contrats généreux en optique et en dentaire (22% contre 10%).

17 • Une étude sur les données de l'enquête PSCE de 2003 a très clairement montré que les niveaux de garanties des contrats collectifs à adhésion obligatoire étaient en moyenne plus élevés que les contrats collectifs à adhésion facultative. Cette différence tient à plusieurs raisons. Premièrement, les contrats obligatoires ne sont pas soumis à l'antécédent. Les assureurs peuvent donc proposer des niveaux de garanties élevés sans risquer de voir certains salariés refuser de souscrire le contrat. Ensuite, les contrats obligatoires bénéficient d'avantages financiers spécifiques (réduction d'assiette des charges sociales pour les employeurs, déductions fiscales pour les salariés), qui leur permettent à budget donné, de proposer des niveaux de garanties supérieurs ([24]).

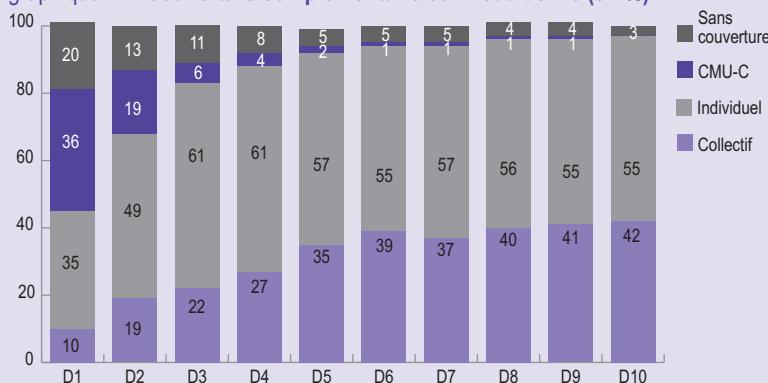
plémentaires de la DREES¹⁸, 17% des assurés de cette classe d'âge couverts par un contrat modal bénéficient des contrats les plus généreux (A) et seulement 7% sont couverts par des contrats d'entrée de gamme (D) (tableau 3). En effet, au sein des contrats collectifs modaux, qui couvrent 43% des assurés de cette classe d'âge, un assuré sur trois bénéficie d'un contrat de niveau A.

Les seniors (plus de 60 ans) assurés par des contrats modaux sont dans la plupart des cas couverts par des contrats milieu de gamme : le tiers

d'entre eux bénéficient d'un contrat de classe B et la moitié d'entre eux d'un contrat de classe C. Malgré des besoins en santé plus importants, ils bénéficient d'une couverture santé moins étendue que celle des assurés d'âge actif, qui sont 57% à profiter d'un contrat de classe A ou B (tableau 3).

Les assurés de moins de 25 ans s'orientent quant à eux très souvent vers les contrats aux garanties les plus limitées (de classe D). En effet, quatre jeunes assurés sur dix sont couverts par ce type de contrat, en collectif comme en individuel, alors

graphique 7 ● Couverture complémentaire et niveau de vie (en %)

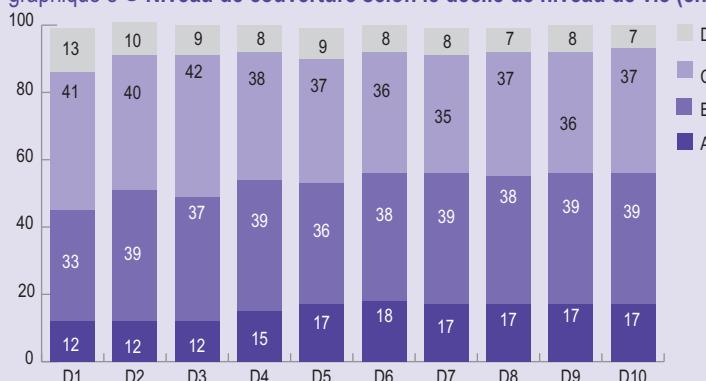


Sources • Appariement EPAS-SPS 2006, CNAMTS, MSA, RSI, IRDES, traitement de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Lecture • 10 % des individus appartenant à un ménage du premier décile de niveau de vie sont couverts par un contrat collectif contre 42 % des individus appartenant à un ménage du dernier décile.

graphique 8 ● Niveau de couverture selon le décile de niveau de vie (en %)



Sources • Appariement EPAS-SPS 2006, CNAMTS, MSA, RSI, IRDES, traitement de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine. Individus couverts uniquement.

Lecture • Parmi les individus appartenant à un ménage du premier décile de niveau de vie et couverts par une couverture complémentaire, 12% le sont par une couverture haut de gamme de type A. Cette proportion passe à 17% chez les individus couverts appartenant à un ménage du dernier décile.

18 • Garnero M., Rattier M.-O., 2010, « Les contrats les plus souscrits auprès d'une complémentaire en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

tableau 3 ● Répartition des niveaux des contrats par classe d'âge (en %)

	Assurés de moins de 25 ans	Assurés de 25 à 59 ans	Assurés de 60 ans et plus
Classe A	9,0	16,6	6,4
Classe B	23,3	39,9	35,6
Classe C	28,3	36,2	50,8
Classe D	39,4	7,3	7,3

Sources • Enquête DREES sur les contrats modaux, 2008.

que cela n'est le cas que de 7% des assurés de plus de 25 ans (tableau 3). Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par le fait que les jeunes assurés sont moins consommateurs de soins et éprouvent donc moins le besoin de profiter de garanties étendues et d'autre part par des raisons financières, les assurés de moins de 25 ans ayant plus souvent des revenus modestes.

En définitive, le niveau de remboursement au titre de l'assurance santé complémentaire dont dispose un individu dépend assez peu de son état de santé.

En revanche, il varie fortement selon son niveau social. Les études empiriques existantes montrent sans surprise que le revenu et le statut par rapport à l'emploi conditionnent largement l'accès à un niveau donné de remboursement des soins ([4]). Les résultats de la maquette confirment ces résultats (graphiques 7 et 8).

Une structure de financement et un reste à charge des ménages très sensibles au niveau de vie et à la position par rapport à l'emploi

Le modèle de micro-simulation élaboré par la DREES permet de tenir compte tout à la fois de l'hétérogénéité de l'état de santé de la population et de celle de sa couverture par l'assurance maladie et les complémentaires santé et de la façon complexe dont elles se combinent au niveau individuel. Il permet donc d'analyser la façon dont la

encadré 3 • La protection sociale complémentaire d'entreprise

Conduite pour la première fois en 2003 par l'IRDES auprès des établissements et reconduite en 2009 grâce à un cofinancement de la CNAMTS et de la DREES, l'enquête PSCE (Protection sociale complémentaire d'entreprise) a permis de mettre en évidence une grande hétérogénéité de l'offre de contrats collectifs selon la taille des entreprises et les secteurs d'activité. Plus l'entreprise comporte de salariés et plus elle est susceptible de proposer un contrat collectif à ses employés. Les salariés des petites entreprises du secteur des services et encore plus de l'industrie restent majoritairement exclus de la protection maladie collective. Enfin, ce sont les cadres et les professions intermédiaires qui ont les probabilités les plus élevées d'avoir une complémentaire maladie d'entreprise ([18, 22]).

Les résultats de l'édition 2009 de l'enquête PSCE montrent que tous les établissements de plus de 500 salariés proposent une couverture complémentaire d'entreprise contre seulement 34% des très petites entreprises (TPE de moins de 10 salariés), confirmant ainsi le lien entre taille de l'entreprise et offre de complémentaire ([26]). En 2009, les cadres ont toujours plus de chance d'avoir une couverture d'entreprise. En 2009, le principal changement par rapport à 2003 tient à la recomposition récente de l'offre de complémentaire santé des entreprises aux salariés sous l'effet de la loi Fillon du 21 août 2003.

Avant celle-ci, les employeurs et les salariés bénéficiaient d'exonérations fiscales et sociales sur leurs cotisations respectives quel que soit le type de contrat de complémentaire santé collective souscrit. La loi Fillon du 21 août 2003 a modifié les conditions d'exonérations fiscale et sociale. Au-delà d'une période transitoire prenant fin le 31 décembre 2008, les contrats doivent désormais respecter un certain nombre de contraintes pour pouvoir bénéficier de ces exonérations. Le régime doit notamment avoir un caractère collectif. Les contrats doivent être « responsables ». L'adhésion doit avoir un caractère obligatoire¹⁹.

Afin de conserver les exonérations fiscales et sociales, bon nombre d'entreprises ont refondu leur offre de contrats, si bien qu'en 2009, le tiers des contrats datent de moins de deux ans. Sous l'effet de la loi Fillon, en 2009 le ou les contrats sont exclusivement obligatoires dans plus de trois établissements sur quatre.

19 • Pour l'ensemble des contraintes, cf. [26].

structure de financement des ménages évolue en fonction des grandes dimensions d'analyse que sont le revenu, l'âge et le statut d'activité.

• La part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale est plus élevée pour les ménages les plus modestes

Les ménages les plus aisés, insérés sur le marché du travail ont une part de remboursement par la Sécurité sociale inférieure à la moyenne: elle s'établit à environ trois-quarts de la dépense présentée au remboursement pour les ménages les plus aisés (D9 et D10), ainsi que pour les ménages de moins de 60 ans et pour les actifs occupés, contre 79 % en moyenne (tableau 4). La part de leurs dépenses prise en charge par les organismes complémentaires est plus importante que la moyenne (au minimum 15 % contre 13 %). En définitive, ces populations financent une partie non négligeable de leurs dépenses de santé à partir de fonds privés. La part prise en charge au titre de la CMU-C est quasiment inexistante pour ces niveaux de vie ou catégories sociales. En conséquence, ce sont ces ménages qui ont le reste à charge le plus élevé: il s'élève en moyenne à 9 % de la dépense totale pour les ménages des deux derniers déciles.

À l'autre extrême, les populations plus âgées, plus précaires et en dehors du marché du travail sont prises en charge de manière plus importante par la Sécurité sociale. À l'inverse, elles bénéficient de façon plus marginale de l'intervention des organismes complémentaires privés dans le financement de leurs dépenses de santé. Ces populations apparaissent ainsi plus dépendantes du financement public. Cependant, l'existence de la CMU-C compense pour les ménages les plus modestes le faible niveau d'intervention des organismes complémentaires privés. Ainsi, ce dispositif permet de doubler la part prise en charge au titre de la couverture complémentaire, qui passe ainsi de 6 % à 12 % pour les ménages du premier décile de niveau de vie.

La seconde notion utilisée ici est aussi la plus couramment mise en avant dans les études microéconomiques sur le reste à charge des ménages (noté *RAC2* dans cette étude). Celui-ci est défini comme la dépense de santé restant à la charge du ménage après intervention de l'assurance maladie. Si cette notion est si répandue, c'est, on l'a vu, notamment en raison de la disponibilité des informations au niveau individuel. Les données issues des bases de l'assurance maladie permettent en effet d'évaluer le reste à charge moyen en fonction de différentes caractéristiques des individus (âge, état de santé appréhendé à travers l'existence d'une ALD, etc.).

tableau 4 ● Structure de financement (en %) des dépenses de santé présentées au remboursement par ménage en fonction du décile de niveau de vie (en 2006)

	Sécurité sociale	Complémentaires	CMU-C	Ménages
D1	84	6	6	4
D2	83	9	3	4
D3	83	11	1	5
D4	81	12	1	6
D5	76	16	1	7
D6	77	16	0	7
D7	78	15	1	7
D8	79	14	0	7
D9	76	16	0	9
D10	73	17	0	9
Moins de 60 ans	76	15	2	7
60 ans et plus	84	11	0	5
Actifs occupés	73	18	1	8
Retraités	84	11	0	5
Autres	85	6	5	4
Ensemble	79	13	1	6

Sources • EPAS-SPS 2006, Irdes, Cnamts, RSI MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Toutefois, cette notion présente également l'intérêt de mesurer la part du poids financier de la maladie prise en charge au titre de la solidarité nationale entre malades et bien portants et organisée par un système d'assurance maladie obligatoire.

La confrontation de ces deux notions de reste à charge permet notamment d'appréhender dans quelle mesure la couverture complémentaire module le montant effectivement supporté par les ménages pour financer leurs dépenses non remboursées par la Sécurité sociale.

- **Le reste à charge moyen des ménages augmente avec le niveau de vie**

Le graphique 9 ci-dessous les montants moyens par décile de niveau de vie de la dépense de santé présentée au remboursement et restant à la charge des ménages après intervention de l'assurance maladie d'une part (*RAC 2*) et après intervention des assurances complémentaires d'autre part (*RAC 1*).

Logiquement, la courbe située le plus bas correspond à la première définition du reste à charge (*RAC 1*), qui compte tenu de son mode de calcul, conduit au reste à charge le plus bas. Sur cette courbe, le montant du reste à charge *RAC1* oscille

230 € (second décile) et 430 € environ (dernier décile), selon le décile de niveau de vie considéré. Juste au-dessus de la première courbe, on trouve la courbe correspondant à la deuxième définition du reste à charge (*RAC2*). Cette définition conduit naturellement à un reste à charge plus important que la première, puisque cette fois les remboursements des organismes complémentaires ne sont pas déduits du reste à charge. Au final, l'écart entre cette courbe et la première représente donc le montant moyen des remboursements des organismes complémentaires (graphique 10).

- **Le taux d'effort des ménages est d'autant plus élevé que leur niveau de vie est faible**

Le montant des dépenses qui sont payées par les ménages pour financer les frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale ne renseigne que partiellement sur l'effort financier que ces dépenses représentent. Pour en avoir une idée plus précise, il faut rapporter ces dépenses au revenu des ménages et donc calculer des taux d'effort en fonction des déciles de niveau de vie (graphique 11). Le taux d'effort est calculé comme le rapport du reste à charge (selon l'une des deux définitions précédentes) sur le revenu disponible moyen des ménages²⁰.

graphique 9 • Reste à charge annuel moyen par ménage (en €) par décile de niveau de vie



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépense présentée au remboursement.

20 • Notons que les données de SPS n'ont pas été utilisées directement pour le calcul des taux d'effort car elles tendent à sous-estimer le revenu disponible. Les revenus de la maquette (observés ou imputés) ont donc uniquement servi à classer les ménages dans les différents déciles de niveaux de vie, pour notamment calculer le reste à charge moyen par décile de niveau de vie. Ensuite, le taux d'effort moyen d'un ménage appartenant à un décile de niveau de vie donné est obtenu comme le rapport du reste à charge moyen des ménages de ce décile (tiré de la maquette) sur le revenu moyen disponible des ménages de ce décile (tiré de l'enquête sur les revenus fiscaux).

Le graphique 11 montre logiquement que, plus le niveau de vie est faible, plus l'effort financier des ménages pour payer les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale augmente. Selon la première définition du reste à charge, le taux d'effort des ménages du 1^{er} décile est estimé à 2,3% de leur revenu, alors que celui des ménages du dernier décile est 4 fois plus faible (0,5% de leur revenu).

La couverture complémentaire, et particulièrement la CMU-C, jouent un rôle important pour alléger le coût financier supporté par les ménages les plus modestes, notamment ceux des 4 premiers déciles de niveau de vie: ainsi, le taux d'effort des ménages du 1^{er} décile est divisé par 3,5 après intervention de la complémentaire et celui des ménages

des trois déciles suivants par 2,5. Pour les ménages plus aisés, ce sont les organismes complémentaires privés qui interviennent et prennent à leur charge une partie des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale d'autant plus élevée qu'ils offrent de meilleures garanties. Le taux d'effort des ménages des déciles 5 à 9 est ainsi divisé par 3 après intervention de leur complémentaire.

Compte tenu de la corrélation forte entre l'âge et le niveau de vie du ménage, les ménages retraités ou inactifs étant concentrés dans le bas de la distribution des niveaux de vie, on retrouve également des contrastes importants, en termes de taux d'effort, selon l'âge et le statut d'activité.

graphique 10 ● Montant moyen de remboursement des organismes complémentaires (y.c. la CMU-C) selon les déciles de niveau de vie (en euros)



Sources • EPAS-SPS 2006, IRDES, CNAMTS, RSI MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine; dépense présentée au remboursement.

graphique 11 ● Taux d'effort et niveau de vie des ménages (en %)



Sources • Appariement EPAS-SPS 2006, CNAMTS, MSA, RSI, IRDES, traitement de la DREES, INSEE-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2006.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Conclusion

Ces premières analyses soulignent l'hétérogénéité du risque santé et de sa couverture en France. Selon les trois critères retenus, s'esquiscent ainsi des profils de prise en charge qui dépendent du niveau de vie, de l'âge et du statut face à l'emploi. Cette multiplicité de situations est due à la consommation de soins qui n'est pas identique selon les caractéristiques des ménages. Mais, la Sécurité sociale n'est pas le seul acteur du système de financement des dépenses de santé. Les organismes complémentaires y participent également, selon une logique différente. L'accès différencié des différentes catégories de la population au marché de la complémentaire santé contribue aussi à accroître la multiplicité des formes de prise en charge.

Les quelques résultats présentés dans cette étude montrent les potentialités offertes par l'outil de micro-simulation construit par la DREES pour

mieux évaluer le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages. À terme, la DREES projette d'intégrer ce modèle de micro-simulation dans le modèle INES²¹. Cette intégration permettra de conduire des analyses redistributives globales puisqu'INES contient des informations sur les cotisations individuelles versées à la Sécurité sociale. Ainsi, l'intégration de ces deux modèles permettra de mettre en regard, au niveau individuel, le volet prestations et le volet cotisations et primes d'assurance à la fois pour l'assurance publique et privée, et permettra ainsi de compléter et d'affiner les travaux macroéconomiques et microéconomiques existants sur l'analyse de la redistribution opérée par l'assurance maladie ([16]) et d'estimer l'impact de mesures portant sur les règles de remboursement par les différents organismes de couverture obligatoire ou facultative.

²¹ • Il s'agit d'un outil d'analyse et d'évaluation des effets redistributifs des changements introduits dans le système de prélèvement et de transferts. Le projet de réalisation de ce modèle a vu le jour en 1995, sous la conduite de l'INSEE. Depuis 1995, le modèle a beaucoup évolué, notamment en 1998, date à laquelle il a atteint un stade opérationnel de large diffusion et a pu être utilisé dans plusieurs analyses et simulations couvrant l'ensemble du système redistributif français. Actuellement, le modèle INES est géré par la DREES et l'INSEE.

Bibliographie

- [1] Aligon A., Grignon M. (1999): «Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis», *les cahiers du GRATICE*, 15:213-42.
- [2] Arnould M.-L., Vidal G. (2008): «Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006», *Études et résultats*, n° 663, octobre 2008, DREES.
- [3] Blanchet D. (1998): «La microsimulation appliquée à l'analyse des politiques sociales», *Économie et statistique*, n° 315, 1998-5.
- [4] Bocognano A., Couffinhal A., Dusmenil S., Grignon M., (2000): «La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements», *Questions d'économie de la santé*, n° 32, octobre 2000, CREDES.
- [5] Boisguérin B., Gissot C. (2002): «L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000», *Études et résultats*, n° 152, janvier 2002, DREES.
- [6] Boisguérin B. (2004): «État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU, un impact qui se consolide entre 2000 et 2003», *Études et résultats*, n° 294, mars 2004, DREES.
- [7] Boisguérin B. (2007): «Les allocataires des minima sociaux: CMU, état de santé et recours aux soins», *Études et résultats*-n°603, octobre 2007, DREES.
- [8] Boisguérin B., Pichetti S. (2008): «Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006», *Études et résultats*, n° 629, mars 2008, DREES.
- [9] Boisguérin B. (2009): «Quelles caractéristiques et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC?», *Études et résultats*, n° 675, janvier 2009, DREES.
- [10] Boisguérin B., Després C., Dourgnon P., Fantin R., Legal R. (2010): «Étudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins», in *Enquête sur la santé et la protection sociale 2010*, IRDES.
- [11] Bourguignon F., Spadaro A. (2003): «Les modèles de microsimulation dans l'analyse des politiques de redistribution: une brève présentation», *Économie et prévision*, n° 160-161 2003-4/5.
- [12] Breuil-Genier P., Grandfils N., Raynaud D. (1999): «Revenus, assurance et santé: le problème de l'accès aux soins des plus démunis», *Les cahiers du GRATICE*. 15:243-76.
- [13] Breuil-Genier P. (1998): «Les enseignements théoriques et pratiques des microsimulations en économie de la santé», *Économie et statistique*, n° 315, 1998-5.
- [14] Buchmueller T., Couffinhal A., Grignon M., Perronin M., Swarcensztein K. (2002): «Consulter un généraliste ou un spécialiste: influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins», *Questions d'économie de la santé*, n° 47, janvier 2002-CREDES.
- [15] Caussat L., Glaude M. (1993): «Dépenses médicales et couverture sociale», *Économie et Statistique*, 265: 31-43.
- [16] Caussat L., Le Minez S., Raynaud D. (2005): «L'assurance-maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus?», *Dossiers solidarité et santé*, n° 1-2005.
- [17] Couffinhal A., Perronin M. (2004): «Accès à la couverture complémentaire maladie en France: une comparaison des niveaux de remboursement», *Questions d'économie de la santé*, n° 47, février 2004, CREDES.
- [18] Couffinhal, Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004): «La complémentaire maladie d'entreprise. Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1700 établissements», *Questions d'économie de la santé*, n° 83, juin 2004-IRDES.
- [19] Currie J. (2000): «Child Health in Developed Countries», in A. Culyer and J.-P. Newhouse eds. *Handbook of Health Economics*, 1054-1090.
- [20] Després C. (2010): «La couverture maladie universelle, une légitimité contestée: analyse des attitudes des médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires», *Pratiques et organisation des soins*-volume 41, n° 1, janvier-mars 2010.
- [21] Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001): «L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé? Une revue de littérature», *Questions d'économie de la santé*, n° 43, décembre 2007-IRDES.

- [22] Francesconi C., Perronni M., Rochereau T. (2006): «La complémentaire maladie d'entreprise: niveaux de garanties des contrats selon les salariés et le secteur d'activité», *Questions d'économie de la santé*, n° 112, septembre 2006-IRDES.
- [23] Franc. C., Perronni M. (2007): «Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire: une première évaluation du dispositif ACS», *Questions d'économie de la santé*, n° 121, avril 2007, IRDES.
- [24] Francesconi C., Perronni M., Rochereau T. (2006): «Complémentaire maladie d'entreprise: contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés», *Questions d'économie de la santé*-n°115, novembre 2006, IRDES.
- [25] Grignon M., Kambia-Chopin B. (2010): «Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé?», *Questions d'économie de la santé*, n° 153, avril 2010, IRDES.
- [26] Guillaume S., Rochereau T. (2010): «La complémentaire santé collective: une offre aux salariés très inégale selon les entreprises», *Questions d'économie de la santé*, n° 154, mai 2010, IRDES.
- [27] Kambia-Chopin B., Perronni M., Pierre A., Rochereau T. (2008): «La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire», *Questions d'économie de la santé*, n° 132, mai 2008, IRDES.
- [28] Lachaud-Fiume L., Largeron-Leténo C., Rochaix-Ranson L. (1998): «Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale», *Économie et statistique*, n° 315, 1998-5.
- [29] Legendre F., Lorgnet J.-P., Thibault F. (2001): «Les modèles socio-économiques de microsimulation», *Recherches et prévisions*, n° 66, 2001.
- [30] Legendre F. (2004): «Micro-simulation et évaluation des politiques économiques et sociales: un panorama des développements récents en France», *Revue d'économie politique*, 114 (1) janvier-février 2004.
- [31] Le Laidier (2009): «Les transferts en nature atténuent les inégalités de revenu», *INSEE Première*, 1264, novembre 2009.
- [32] Lengagne P., Perronni M. (2005): «Impact des niveaux de garanties des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie: le cas des lunettes et des prothèses dentaires», *Questions d'économie de la santé*, n° 100, novembre 2004, IRDES.
- [33] Newhouse J.-P. (1993): «Free for All? Lessons from the RAND experiment», *Harvard University Press*.
- [34] Raynaud D. (2002): «Les déterminants individuels des dépenses de santé», *Études et résultats*, n° 182, juillet 2002, DREES.
- [35] Raynaud D. (2003): «L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins», *Études et Résultats*, n° 229, mars 2003, DREES.
- [36] Raynaud D. (2005): «Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire», *Études et résultats*, n° 378, février 2005, DREES.
- [37] Tabuteau D. (2010): «La métamorphose silencieuse des assurances maladie», *Droit social*, n° 1, janvier 2010.

annexe 1 • Méthodologie de construction du modèle de microsimulation

Le développement des modèles de microsimulation répond aux besoins croissants d'évaluation des politiques sociales ou redistributives, qu'il s'agisse de mieux en identifier les bénéficiaires, de mieux évaluer leur coût ou leurs conséquences sur l'équilibre économique. La microsimulation s'oppose à l'analyse par cas types et offre des possibilités d'analyse bien supérieures ([3, 11, 13, 28, 29, 30]).

L'objectif du modèle de micro-simulation présenté ici est de reconstituer la structure de financement des dépenses de santé présentées au remboursement pour les 8 000 ménages qui sont interrogés dans l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES et de définir pour chacun le montant des dépenses remboursées par la Sécurité sociale, par la CMU-C, par les organismes complémentaires ainsi que les frais payés directement par les ménages.

Sources d'informations mobilisées

Le modèle de micro-simulation mobilise trois sources d'informations : l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la Caisse nationale d'assurance maladie, l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES et l'enquête annuelle de la DREES sur les contrats modaux. Compte tenu des contraintes de disponibilité des données (notamment de SPS), le modèle de micro-simulation est construit sur l'année 2006, autrement dit chacune de trois sources précédentes est prise dans son édition 2006.

L'EPAS est un échantillon au 1/600^e d'assurés sociaux du régime général. Un traitement des données brutes a permis de récupérer par type de soins et pour l'année 2006 les agrégats suivants : le montant total des dépenses de santé, des remboursements par la Sécurité sociale, des tickets modérateurs, des dépassements et des participations forfaitaires. En tant que fichier administratif de liquidation, il permet de connaître les dépenses médicales présentées au remboursement

L'enquête SPS interroge tous les deux ans environ 8 000 ménages soit 22 000 individus. Elle permet de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, revenu, etc.), sur les couvertures complémentaires ainsi que sur l'état de santé. La base de sondage servant à définir les individus interrogés étant incluse dans l'EPAS, il est possible d'apparier les données de l'enquête avec les données de l'EPAS. Toutefois, la vision «assurés et ayant droit» offerte par l'EPAS ne coïncidant pas avec la vision «ménages» de l'enquête SPS, l'appariement permet de récupérer les dépenses de santé pour seulement 10 000 individus environ.

L'enquête DREES sur les contrats modaux est réalisée chaque année auprès des organismes complémentaires. Elle vise à collecter des informations sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs de chaque opérateur les plus souscrits (aussi appelés «contrats modaux»). L'enquête est exhaustive sur les principaux opérateurs du marché, alors que les plus petits sont échantillonnés. L'enquête 2006, avec les principales garanties de près de 900 contrats, constitue une source précieuse d'informations.

Le passage d'une dépense individuelle de santé à la dépense du ménage

En 2006, 53 % des individus interrogés dans SPS n'étaient pas présents dans l'EPAS. De fait, les dépenses de ces individus ne sont pas connues. Il a donc fallu les imputer. Pour ce faire, nous

avons retenu une méthode d'imputation par donneur, le Hot Deck, qui consiste à attribuer à un individu dont la dépense est inconnue (le *receveur*) les valeurs d'un individu dont on connaît la dépense (le *donneur*). Comme les données imputées sont issues de l'observation de situations réelles, les contraintes techniques visant à la cohérence des données imputées sont nécessairement respectées²². Le *donneur* doit avoir des caractéristiques expliquant la dépense proche de celles du *receveur*. La technique consiste donc à former des classes d'imputation à partir des variables auxiliaires expliquant la dépense et à tirer un *donneur* avec remise dans la même classe que le *receveur*. Les variables utilisées pour former les classes ont été choisies en se fondant sur des modèles de régression et en ne retenant que les plus significatives. Notons que pour un *receveur* donné, toutes les dépenses de soins proviennent du même donneur, à l'exception des dépenses en optique et en dentaire. En effet, l'analyse montre que ces dépenses ne sont pas corrélées avec les autres dépenses de soins et dépendent de variables auxiliaires différentes. C'est pourquoi ces deux types de dépenses ont été imputés séparément.

Partage du financement entre les ménages et les organismes complémentaires

Les données de l'EPAS appariées aux données de l'enquête SPS ne renseignent pas sur la part de la dépense non remboursée par la Sécurité sociale prise en charge par les organismes complémentaires d'une part, et la part prise en charge par les ménages d'autre part. Il a donc fallu simuler pour chaque individu les remboursements de son assurance complémentaire en appliquant les garanties du contrat aux dépenses constatées²³. Pour ce faire, il faut toutefois connaître les garanties précises du contrat d'assurance complémentaire détenu par l'individu. Or les données de l'enquête SPS ne renseignent pas sur les niveaux exacts de remboursement, mais seulement sur le type de contrat (individuel ou collectif) et la nature de l'organisme assureur (assurance, mutuelle, institution de prévoyance). Il a donc été nécessaire de mobiliser une troisième source d'informations, la base des quelque 900 contrats issus de l'enquête DREES 2006 sur les contrats modaux, pour lesquels les garanties exactes sont connues. Pour rapprocher ces sources, il a fallu attribuer à chaque individu de SPS ayant une couverture privée un contrat issu de l'enquête sur les contrats modaux.

Pour cela, les quelque 900 contrats DREES ont été répartis en 4 classes en fonction de la qualité de la couverture proposée (A, B, C, D). Ces classes ont été construites au moyen d'une classification ascendante hiérarchique (réalisée à la suite d'une analyse en composante principale), de façon à maximiser la variance inter-classes et à minimiser la variance intra-classe. Une rapide analyse a alors montré que la classe d'appartenance – le niveau de couverture – d'un contrat était très dépendante du type de contrat (collectif/individuel) et du type d'organisme complémentaire qui le propose (mutuelle, IP, assureur privé) et que la structure par âge des assurés variait fortement d'une classe à une autre, signe d'un lien fort entre âge et niveau de couverture. Forts de ces constats, nous avons utilisé la base DREES pour calculer des distributions marginales des contrats au sein des 4 classes (à type de contrat, type d'organisme fournisseur et tranche d'âge donnés). Chaque individu *receveur* de caractéristiques X_i , s'est ensuite vu attribuer la distribution marginale correspondant à ses caractéristiques X_i , c'est-à-dire un jeu de 4 probabilités ($P_A(X_i)$, $P_B(X_i)$, $P_C(X_i)$, $P_D(X_i)$) correspondant aux 4 classes de couvertures identifiées. Ensuite un premier tirage

22 • Ces contraintes sont de deux types. Certaines sont purement arithmétiques : par exemple la dépense totale portée au remboursement doit être égale à la somme du remboursement de la Sécurité sociale, du ticket modérateur, des dépassements et des participations forfaitaires. D'autres sont d'ordre statistique : par exemple, les assurés ayant des dépenses importantes en omnipraticien auront généralement des dépenses élevées en médicament, si bien qu'une forte corrélation doit exister entre ces deux postes au niveau des dépenses observées, comme des dépenses imputées.

23 • Correspondant aux seules dépenses remboursables.

au sort en fonction de ces 4 probabilités a permis d'attribuer à chaque individu *receveur* une classe de couverture. Puis dans un deuxième temps, un contrat a été tiré au sort parmi les contrats appartenant à la classe déterminée à l'issue du premier tirage, selon un tirage équiprobable.

Au final, chaque *receveur* disposant d'un contrat, et des garanties précises associées (niveau de remboursement des séances de spécialistes, d'une paire de verres simples, d'une paire de verres complexes et d'une prothèse dentaire), la dernière tâche a consisté à appliquer ces garanties aux dépenses de l'individu (constatées ou imputées) pour déterminer le montant simulé des remboursements au titre de la couverture complémentaire.

Limites méthodologiques

Comme tout outil de microsimulation, le présent modèle souffre d'un certain nombre de limites.

Représentativité des sources

Du fait des sources utilisées, l'outil de microsimulation sous-estime les dépenses hospitalières. En effet, le taux de réponse à l'enquête SPS est plus faible chez les personnes en mauvaise santé. Par ailleurs, pour cette enquête, seules les personnes en «ménage ordinaire» sont interrogées. Les personnes vivant en institution, qui ont potentiellement des dépenses hospitalières importantes, ont été exclues du champ de l'enquête. D'autre part, certaines dépenses de fonctionnement de l'hôpital ne sont pas aisément individualisables et n'apparaissent donc pas dans l'EPAS.

Par ailleurs, les dépenses enregistrées dans l'EPAS sont uniquement celles présentées au remboursement. Ainsi par exemple, les dépenses d'automédication n'apparaissent pas dans la maquette, alors qu'elles sont comptabilisées dans les Comptes de la santé. Cette absence de prise en compte de l'automédication explique en grande partie la sous-estimation des dépenses de pharmacie dans la maquette, ainsi que le taux de remboursement plus élevé.

L'enquête DREES sur les contrats ne concerne que les contrats modaux, c'est-à-dire les plus souscrits. Aussi, les contrats de niches (offrant une très forte couverture ou à l'inverse proposant une couverture très faible), peu souscrits, sont *de facto* sous représentés, voire pas représentés du tout au sein de notre modèle de microsimulation. Pour la même raison, les contrats collectifs bâtis sur mesure pour les PME, et souvent moins bons que ceux proposés aux grandes entreprises, sont sous-représentés voire absents de l'enquête DREES. Par conséquent, la qualité des contrats collectifs de la maquette est très certainement surestimée. Toutefois, l'imputation des contrats issus de l'enquête DREES conduit à retrouver au niveau agrégé des chiffres très proches de ceux des Comptes de la santé (*cf. annexe 2*). Certes cela ne garantit pas la fiabilité du partage assurance maladie obligatoire/assurance maladie complémentaire offert par l'outil de micro-simulation au niveau microéconomique. Mais *a contrario*, des chiffres agrégés très éloignés des Comptes auraient invalidé l'outil. Ce n'est pas le cas.

annexe 2 • Comparaison des résultats de la maquette avec les Comptes de la santé

La maquette présente une structure de financement des dépenses de santé relativement proche de celle décrite par les Comptes de la santé. Les écarts qui peuvent apparaître tiennent surtout à des différences de champ.

La maquette aboutit à un taux de remboursement de la Sécurité sociale un peu plus important que celui des Comptes de la santé (79 % contre 77 %) car elle ne porte que sur les dépenses présentées au remboursement. Cette différence de champ est surtout perceptible pour la pharmacie, puisque l'automédication est prise en considération dans les Comptes de la santé alors qu'elle est exclue du champ de la maquette.

Les dépenses hospitalières sont sous-estimées dans la maquette. Cet écart tient d'abord au champ retenu par l'enquête SPS qui n'interroge que les ménages ordinaires. Or, les personnes en institution ont tendance à avoir des dépenses hospitalières plus importantes. De plus, les personnes les plus malades ont un taux de réponse plus faible à l'enquête SPS. Enfin, certaines dépenses hospitalières ne sont pas individualisables. Ce type de dépense est inclus dans les comptes de la Sécurité sociale, mais pas dans la maquette.

Enfin, une part des écarts s'explique par les aléas statistiques dus à la méthodologie qui repose sur des imputations successives.

tableau 8 • Comparaison de la maquette avec les Comptes de la santé (2006)

	Maquette				Comptes de la santé			
	AMO	CMU-C	AMC	Ménage	AMO	CMU-C	AMC	Ménage
Médecins	73	2	17	9	71	2	18	9
Dentistes	37	3	33	26	35	2	35	28
Actes de biologie	72	2	22	4	74	2	21	3
Auxiliaires médicaux	84	1	13	1	81	1	9	9
Transports	89	1	7	3	94	1	3	2
Pharmacie	77	2	21	1	68	1	19	12
Autres biens médicaux	38	2	27	15	43	1	30	26
Total ambulatoire	68	2	21	10	65	1	21	13
Hôpital	96	0	2	2	92	1	4	3
Total	79	1	13	6	77	1	13	9

Sources • EPAS-SPS 2006, Irdes, Cnamts, RSI, MSA, Modèle de micro-simulation de la DREES en collaboration avec la DGTPE et Comptes de la santé.

Champ • Ménage ordinaire, France métropolitaine.

Les similitudes entre la maquette et les Comptes de la santé n'équivalent pas à une validation de la maquette. Mais a contrario, des chiffres agrégés très éloignés des comptes auraient invalidé l'outil. Ce n'est pas le cas.

Éclairages

- Dynamique des dépenses de santé en période de crise économique
- Analyse de l'impact des mesures d'économies dans les Comptes de la santé
- Le marché du médicament remboursable en ville en 2009
- Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins

Dynamique des dépenses de santé en période de crise économique

Cécile SIMON et Frédéric TALLET (DREES)

Cet éclairage analyse pour un panel de pays de l'OCDE les liens existants entre richesse nationale et part des dépenses consacrées à la santé.

En général, les dépenses consacrées à la santé croissent plus vite que la richesse par habitant. Cette relation s'observe aussi bien pour un pays au cours du temps que pour l'ensemble des pays à un instant donné, même si d'autres facteurs que la richesse expliquent l'accroissement des dépenses de santé comme la démographie, la densité médicale...

Un éclairage particulier est apporté sur l'évolution conjointe du PIB et des dépenses de santé durant les périodes de récession. Dans une première phase, la dépense de santé continue de croître alors que la croissance du PIB stagne, voire recule, ce qui conduit à un accroissement de la part des dépenses de santé dans le PIB. Dans une deuxième phase, la croissance des dépenses de santé ralentit alors que le PIB reprend peu à peu sa croissance d'où une stabilisation du poids des dépenses de santé dans la richesse nationale.

Le lien entre richesse et dépenses de santé

- Les dépenses de santé augmentent avec la richesse des pays

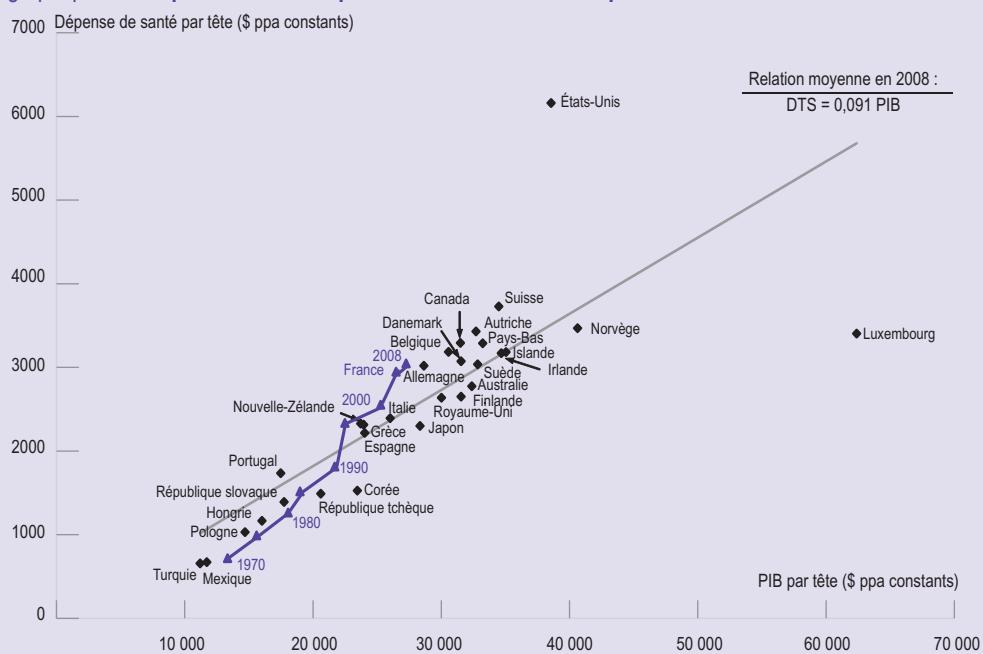
Dans cette étude, la richesse nationale est mesurée par le produit intérieur brut. La dépense de santé correspond à la dépense totale de santé (DTS) utilisée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS dans le cadre de comparaisons internationales des dépenses de santé. En France, d'autres concepts sont utilisés comme la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ou la dépense courante de santé (DCS)¹.

- Plus le PIB par habitant est élevé, plus les dépenses de santé par habitant sont importantes

(graphique 1)

À partir de données en coupe entre pays pour l'année 2008, une relation positive entre ces deux grandeurs monétaires mesurées en dollars corrigés des parités de pouvoir d'achat apparaît clairement. Sans infirmer cette relation, deux pays s'en écartent. Les États-Unis présentent une consommation de santé par habitant sensiblement plus élevée que les pays disposant d'un niveau de vie comparable. Le Luxembourg, tout en ayant un niveau de dépenses de santé légèrement supérieur aux pays d'Europe occidentale, a un revenu par habitant très supérieur à ses voisins (provenant de revenus finan-

graphique 1 ● Dépenses de santé par tête en fonction du PIB par tête en 2008



Sources • Eco-Santé OCDE 2010.

Année • 2008 sauf pour l'Australie, le Danemark, la Grèce, le Japon et la Turquie, année 2007, et 2006 pour le Luxembourg et le Portugal.

Remarque • La courbe grise représente la relation moyenne entre les dépenses de santé par tête et le PIB par tête.

Lecture • Nuage de points : en France, en 2008, les dépenses de santé par tête sont de 3050 \$ corrigés des parités de pouvoir d'achat et le PIB par tête s'élève à 27 300 \$ corrigés des parités de pouvoir d'achat.

Courbe en violet : en France, en 1990, les dépenses de santé par tête étaient de 1 800 \$ corrigés des parités de pouvoir d'achat et le PIB par tête de 21 700 \$ corrigés des parités de pouvoir d'achat.

1 • Pour plus de détails sur les différences entre ces concepts, se référer à l'encadré 1 de la vue d'ensemble de ce rapport.

ciers). Le long de cette relation santé-richesse, les pays d'Europe occidentale présentent des niveaux plus élevés que les nouveaux entrants dans l'Union européenne, la Corée, la Turquie et le Mexique.

• Dans un pays donné, considéré à différentes dates, les dépenses de santé par habitant croissent avec le PIB par habitant (graphique 1 – courbe)

La relation positive observée à une date donnée entre différents pays est également vraie pour un pays donné, observé à des dates différentes de son histoire. Le cas de la France en constitue une illustration éclairante, lorsqu'on reporte sur le graphique en coupe l'évolution au cours du temps de la dépense de santé et du PIB par habitant de la France en termes constants. Tout au long de la période observée, qui débute au début des années soixante-dix, les dépenses de santé ont crû avec le PIB. Cette évolution conjointe de la dépense de santé avec la

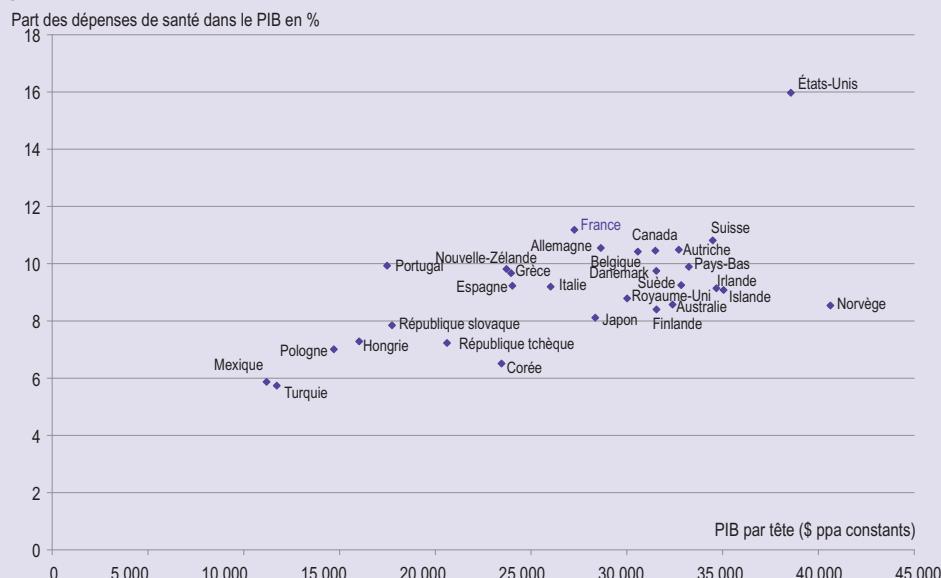
richesse au cours du temps s'observe de la même façon pour la plupart des pays développés.

• Plus un pays est riche, plus il consacre une part importante de sa richesse aux dépenses de santé

C'est dans les pays ayant des PIB supérieurs à la moyenne que la part des dépenses de santé dans le PIB est la plus élevée. Dans le graphique 1, ce sont les pays qui se trouvent au-dessus de la droite correspondant à la part moyenne des dépenses de santé dans le PIB (9 % en 2008). À l'opposé, les pays les moins riches consacrent relativement moins de leur richesse pour la santé ; ils se situent au-dessous de la droite.

Cette relation statistique entre le niveau de richesse et la part de la richesse consacrée à la santé est représentée graphique 2. Des pays se distinguent : les États-Unis, la Norvège, le Portugal¹².

graphique 2 • Part des dépenses de santé dans le PIB en 2008



Sources • Eco-Santé OCDE 2010.

Année • 2008 sauf pour l'Australie, le Danemark, la Grèce, le Japon et la Turquie, année 2007, et 2006 pour le Portugal.

Note • Le Luxembourg n'est pas représenté sur ce graphique car il est atypique par son niveau élevé de richesse par habitant. En 2006, sa part des dépenses de santé dans le PIB s'élève à 5,5 % et le PIB par habitant est de 62 400 \$ corrigés des parités de pouvoir d'achat.

Lecture • en 2008, les dépenses de santé représentent 11 % de la richesse nationale en France et le PIB par habitant est de 27 300 \$ corrigés des parités de pouvoir d'achat.

2 • Le Luxembourg se distingue lui aussi mais l'échelle retenue pour le niveau de richesse n'a pas permis d'inclure ce pays dans le graphique. En effet, le Luxembourg est un des pays les plus riches mais les dépenses de santé par habitant y sont du même ordre que dans les autres pays développés.

La croissance économique n'est en effet pas le seul facteur explicatif de l'importance des dépenses de santé, d'autres facteurs démographiques ou d'organisation sanitaire peuvent expliquer cette hausse des dépenses de santé au cours du temps (*cf. équation 1*).

• Une relation statistique qui subsiste même en prenant en compte d'autres facteurs

Pour quantifier les relations entre montant des dépenses de santé et PIB par habitant présentées ci-dessus, le recours à une modélisation économétrique à partir des données annuelles par pays issues de la base Eco-Santé de l'OCDE est nécessaire.

Plusieurs travaux, français ou internationaux, modélisent de façon macro-économique le niveau des dépenses de santé à partir de régressions en panel. Par exemple Mahieu (2000) puis Bac et Cornilleau (2002) et Bac (2004) introduisent des variables explicatives économiques telles que le niveau de PIB par habitant, le ratio de prix relatifs de la santé dans le PIB, des variables démographiques comme les proportions des classes d'âge jeunes ou âgées dans la population, des variables d'offre de soins, comme les densités médicales ou le progrès technique³, ou bien des variables qualifiant l'organisation du système de soins comme le mode de rémunération des médecins ou le type d'assurance santé. Ces facteurs explicatifs sont souvent utilisés de façon distincte les uns des autres dans des régressions en panel pour montrer

l'effet de certains facteurs sur la dépense de santé. En raison de contraintes pratiques d'estimation, il n'y a pas un seul modèle synthétique présentant l'ensemble des effets estimés. Des effets fixes temporels ou par pays peuvent, en outre, être introduits dans certains cas.

L'actualisation de ces travaux montre une certaine robustesse des estimations puisqu'en ajoutant les données récentes disponibles on aboutit à des coefficients estimés relativement proches de ceux que présentaient les auteurs quelques années auparavant. Cependant une limite importante de ce type d'approche est la sensibilité des estimations au mode de valorisation des séries retenues, et en particulier au choix effectué pour les séries de PIB et de dépenses de santé: en valeur ou en volume (en introduisant des variables explicatives de prix relatif), en monnaie nationale ou en dollars, en utilisant les indices en parité de pouvoir d'achat ou simplement des taux de change. À la différence d'autres spécifications retenues par ailleurs, le choix a été fait dans cet éclairage de travailler sur les séries en valeur et en monnaie nationale. Ce choix présente l'avantage de la plus grande fiabilité des séries mesurées qui ne sont pas affectées par les différences de méthodologie retenues pour estimer le partage volume/prix ou évaluer les parités de pouvoir d'achat. En outre, il permet d'être cohérent avec les graphiques 3 et 4 présentant les retards d'évolution de la dépense de santé par rapport au PIB en période de crise. Pour illustrer le lien en niveau entre PIB par tête et dépenses de santé par tête, un modèle inspiré des travaux précédents est proposé ici:

$$\ln(d_{i,t}) = cst + \alpha \cdot \ln(y_{i,t}) + \beta \cdot \text{emploi_santé}_{i,t} + \gamma \cdot 1_{capi,i,t} \cdot t + \delta_j \cdot \text{jeunes}_{i,t} + \delta_a \cdot \text{âgés}_{i,t} + \varepsilon_{i,t} \quad (1)$$

Pour chaque pays⁴ i et chaque date t , $d_{i,t}$ (respectivement $y_{i,t}$) est la dépense de santé (respectivement le PIB) par habitant en valeur en monnaie nationale, $\text{emploi_santé}_{i,t}$ le nombre d'emplois dans le secteur de la santé pour 1 000 habitants,

$\text{jeunes}_{i,t}$ (respectivement $\text{âgés}_{i,t}$) est la part de la population de moins de 14 ans (respectivement de plus de 65 ans). L'indicatrice $1_{capi,i,t}$ de capitalisation distingue les pays où les médecins sont rémunérés en fonction de leur patientèle par

3 • Cette variable de progrès technique est particulièrement délicate à construire en raison du caractère parcellaire et limité des informations disponibles. Mahieu (2000) utilise quatre variables représentant l'utilisation de modes de traitements et d'appareils médicaux importants, mais elle peut aussi bien dans d'autres publications être constituée d'une tendance temporelle et ainsi représenter beaucoup plus que le seul progrès technique.

4 • 23 pays sont retenus dans l'analyse: Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Japon, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Suisse, Turquie, Grande-Bretagne, États-Unis. Lorsque des points sont manquants, les séries ont été complétées à partir d'une interpolation géométrique.

tableau 1 ● Estimation de la régression en panel de la dépense de santé par habitant

	PIB par habitant en valeur	Nombre d'emplois dans la santé pour 1 000 habitants	Rémunération des médecins, indicatrice pays x tendance	Proportion de la population	
	ln(pib)	emploi_santé	capitation	- de 14 ans	+ de 65 ans
Coefficient estimé	1,023	0,010	-0,0022	-0,023	0,020
Écart type	0,006	0,001	0,0005	0,007	0,005

Tous les coefficients sont significatifs au seuil de 1 %. 449 observations. Écart type des résidus : 0,172. R² : 0,99.

Sources • Calculs DREES.

opposition à ceux rémunérés à l'acte⁵. $\varepsilon_{i,t}$ est le résidu de l'équation.

L'élasticité de la dépense de santé au PIB est légèrement supérieure à l'unité dans cette estimation, c'est-à-dire que la dépense de santé augmente de 1,023 % lorsque le PIB augmente de 1 %, l'écart type associé à l'estimation de ce coefficient est de 0,006. La densité d'emploi en santé a un impact positif sur la dépense de santé. En concordance avec les analyses des fonctionnements des systèmes de santé, les pays où les médecins sont rémunérés par capitation présentent un niveau de dépenses de santé inférieur de 0,2 % en moyenne à ceux où les médecins sont rémunérés à l'acte. Enfin, la proportion de personnes âgées est associée à un niveau de dépenses de santé plus élevé tandis que la proportion de personnes jeunes est liée à une moindre dépense. D'autres variables explicatives comme les prix relatifs de la dépense de santé par rapport au PIB, des variables d'offre ou d'état de santé ont été testées dans cette relation mais n'ont pas été retenues car leur lien avec la dépense de santé n'était pas significatif.

Une évolution conjointe perturbée durant les crises

- Lors des crises, les dépenses de santé sont toujours en croissance alors que le PIB ralentit, voire décroît

Lors des périodes de conjoncture dégradée, un décrochage entre les dépenses de santé et le PIB

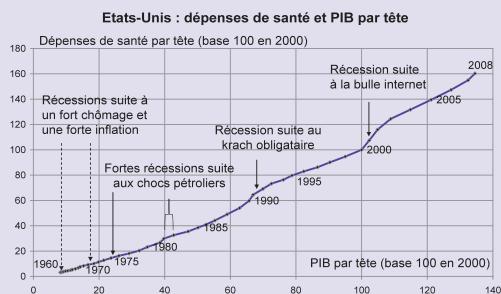
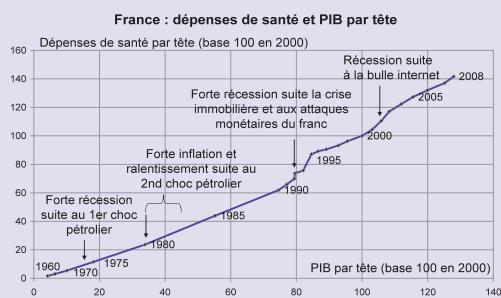
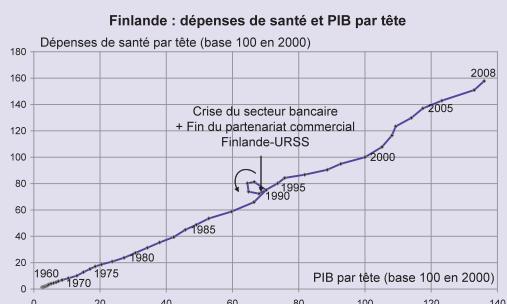
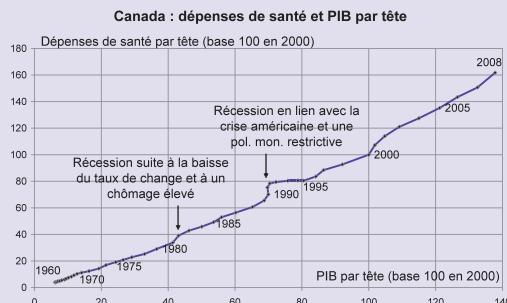
(graphique 3) apparaît. Les dépenses de santé continuent de s'accroître alors que le PIB ralentit, voire se replie. Selon l'ampleur de la crise, l'effet sur les dépenses de santé sera plus ou moins marqué. Ainsi, en France en 1993, la chute de l'activité immobilière et des attaques de change contre le franc ont conduit à une année de stabilisation du PIB tandis que les dépenses de santé ont continué à croître à un rythme comparable aux années précédentes. Cette situation peut également s'observer au Canada lors de la récession de 1990.

Toutefois, alors que la dépense de santé continue de croître nettement plus vite que le PIB l'année de la crise, la reprise économique lors des années suivantes s'accompagne généralement d'une moindre hausse par rapport au PIB des dépenses de santé. Ce mécanisme confirme le décalage de l'évolution de la dépense de santé par rapport à celle du PIB en période de difficultés économiques.

Ces décrochages en période de conjoncture dégradée entre l'activité économique et les dépenses de santé se traduisent par des évolutions marquées de la part des dépenses de santé dans le PIB. L'année où un pays connaît un ralentissement économique ou une récession, la part des dépenses de santé dans le PIB va croître fortement. Puis, dans les années qui suivent, le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale va se replier ou juste se stabiliser selon l'ampleur des mécanismes de réajustements opérés. Dans certains cas, comme en Finlande au début des années 1990, les ajustements des dépenses de santé peuvent être très forts suite à une récession conduisant à une baisse des dépenses de santé d'ampleur comparable à celle du PIB.

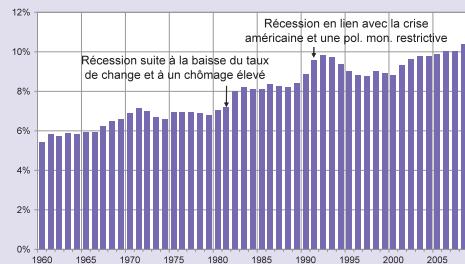
5 • Les classifications utilisées de rémunération des médecins correspondent à celles retenues par Gerdtham *et al.* (1995). La rémunération à la capitation concerne le Danemark, l'Espagne, la Finlande, l'Islande, les Pays-Bas, le Portugal, la Suède, le Royaume-Uni, l'Italie à partir de 1978 et l'Irlande à partir de 1989.

graphique 3 ● Dépenses de santé par tête et PIB par tête (base 100 en 2000) par pays

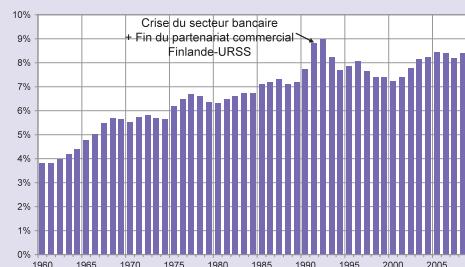


graphique 4 ● Part des dépenses de santé dans le PIB par pays

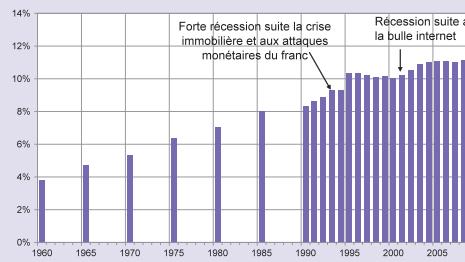
Canada : Part des dépenses de santé dans le PIB



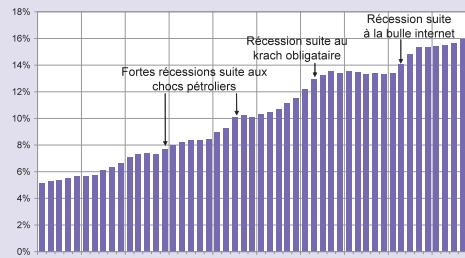
Finlande : Part des dépenses de santé dans le PIB



France : Part des dépenses de santé dans le PIB



Etats-Unis : Part des dépenses de santé dans le PIB



Sources • Eco-Santé OCDE 2010.

Lecture • En 2008, en France, les dépenses de santé sont de 141,7 (base 100 en 2000) et le PIB de 127,9.

Sources • Eco-Santé OCDE 2010.

Lecture • En 1992, en Finlande, la part des dépenses consacrées à la santé dans la richesse nationale est de 8,8 %.

• La dynamique des dépenses de santé après une récession

La première spécification en niveau (équation 1) ne permet pas de rendre compte de ces évolutions de court terme. En revanche, partant de

$$\Delta \ln(d_{i,t}) - \hat{\alpha} \cdot \Delta \ln(y_{i,t}) - \hat{\beta} \cdot \Delta \text{emploi_santé}_{i,t} - \hat{\gamma} \cdot 1_{\text{capi},i,t} - \hat{\delta}_j \cdot \Delta \text{jeunes}_{i,t} - \hat{\delta}_a \cdot \Delta \text{âgés}_{i,t} = \Delta \hat{\varepsilon}_{i,t} \quad (2)$$

$$\Delta \hat{\varepsilon}_{i,t} = \eta_0 \cdot 1_{\text{récession économique dans le pays } i \text{ l'année } t} + \eta_1 \cdot 1_{\text{réc. pays } i \text{ an } t-1} + \eta_2 \cdot 1_{\text{réc. pays } i \text{ an } t-2} + \eta_3 \cdot 1_{\text{réc. pays } i \text{ an } t-3} + \nu_{i,t} \quad (3)$$

L'évolution du résidu $\Delta \hat{\varepsilon}_{i,t}$, qui s'interprète comme l'évolution de la dépense de santé non expliquée par les variables introduites dans la première relation, peut en effet être régressée sur des indicatrices marquant les années de récession. Le principe de cette régression est de mesurer les différences d'évolution entre dépenses de santé et PIB pendant les années de survenue d'une récession et les suivantes (3).

La variable $1_{\text{récession économique dans le pays } i \text{ l'année } t}$ est une variable indicatrice qui prend la valeur 1 si le pays i est en récession l'année t . De même, les variables $1_{\text{réc. pays } i \text{ an } t-j}$ prennent la valeur 1 si le pays i a été en récession l'année $t-j$ (avec $j = 1, 2, 3$). Les variables $1_{\text{réc. pays } i \text{ an } t-4}$ et $1_{\text{réc. pays } i \text{ an } t-5}$ ont été testées dans la régression (3) mais ont été retirées car leur coefficient n'apparaissait pas significativement différent de 0.

Le coefficient η_0 s'interprète comme le surcroît de dépense de santé relativement au PIB et aux autres déterminants utilisés dans la première régression durant l'année où a lieu une récession dans le pays i . Une année de récession est ici considérée comme une année au cours de laquelle

cette première relation, on peut la différencier pour proposer une analyse de l'évolution des dépenses de santé en période de crise économique, les coefficients utilisés étant les coefficients estimés de la première équation en niveau (2):

le PIB par habitant en valeur a un niveau inférieur à celui de l'année précédente ce qui représente un événement relativement rare sur la période 1960-2006 et traduit des crises d'une ampleur importante. Dans le panel de données utilisé, 15 récessions de ce type sont intervenues, affectant 9 pays⁶. Ces récessions demeuraient plutôt rares et isolées. Au contraire, la crise économique et financière mondiale de 2009 a touché l'ensemble des 23 pays retenus dans cette analyse. L'ampleur de cette récession surpassait aussi pour la plupart des pays les pires chutes d'activité depuis 1960. Cette année n'a pas pu cependant être intégrée dans l'analyse présentée, les données de dépenses de santé disponibles ne couvrant actuellement que la période 1960-2008.

Les résultats montrent que la dépense de santé croît à un rythme supérieur de 7,6 points à celui du PIB par tête l'année de survenue d'une récession (tableau 2). L'année suivante, les deux grandeurs suivent des évolutions comparables. Deux ans après la récession, le PIB croît plus vite que la dépense de santé de 4 points environ. Au-delà de trois ans, les évolutions des dépenses de santé et du PIB redeviennent en moyenne parallèles. Le

tableau 2 ● Estimation de la régression en panel de l'effet des récessions sur la dépense de santé par habitant

	Indicateur de récession l'année			
	t	t-1	t-2	t-3
Coefficient estimé	0,076 ***	-0,006	-0,044 **	-0,036 *
Écart type	0,024	0,021	0,021	0,018

Coefficients significatifs au seuil de 1% ***, 5% **, 10% *. 414 observations. Écart-type des résidus : 0,03. R² : 0,05.

Les coefficients pour les années 4 et 5 après la récession ne sont pas significativement différents de 0 et ont été retirés de la régression.

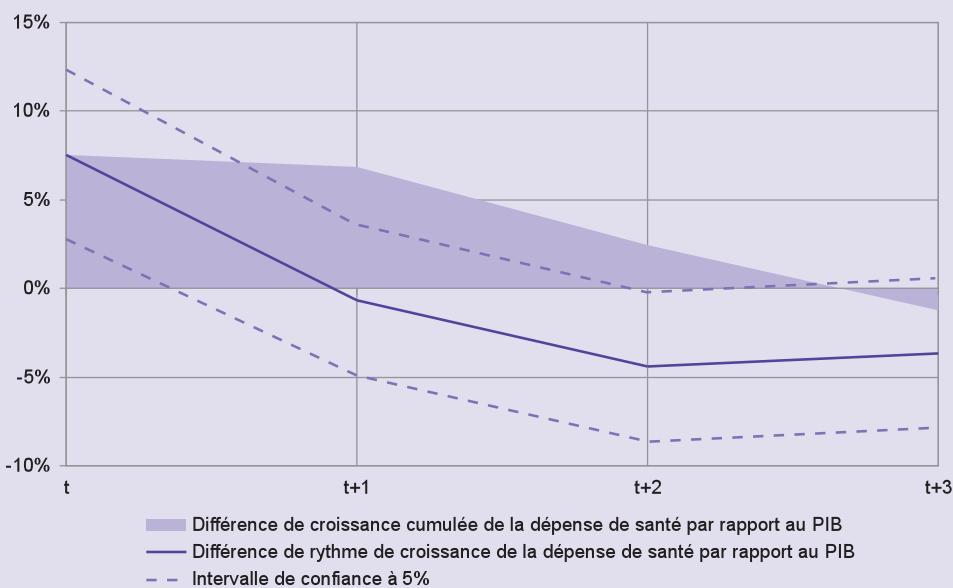
Sources • calculs DREES.

6 • Les neufs pays sont l'Australie, le Canada, la Finlande, l'Islande, le Japon, la Norvège, la Suisse, la Nouvelle-Zélande et la Suède.

graphique 5 représente ce profil d'évolution tiré des coefficients estimés de cette seconde régression. La première année, le PIB chute tandis que la dépense de santé conserve son rythme de croissance, l'écart des taux de croissance est de 7,6 %. L'année suivante, les deux séries évoluant sur un même rythme, l'écart cumulé de croissance entre santé et PIB reste proche de 7 points à l'avantage de la dépense de santé. Deux ans après la récession, la reprise économique se confirme, la crois-

sance des dépenses de santé est alors inférieure à celle du PIB de 4,4 % réduisant l'écart cumulé entre santé et PIB à 2,6 points. La troisième année suivant la récession, le PIB progressant plus vite que la dépense de santé comble son retard cumulé de croissance relativement à la dépense de santé. Après trois ans, les dépenses de santé retrouvent leur rythme de croissance de long terme légèrement supérieur à celui du PIB tel que décrit par la relation (1).

graphique 5 ● Profil d'évolution des dépenses de santé relativement au PIB à la suite d'une année de récession



Sources • Eco-Santé OCDE 2010 ; calculs DREES.

Lecture • Deux ans après la récession (t+2), les dépenses de santé ont un rythme de croissance inférieur de 4,4 % à celui du PIB, la différence de rythme de croissance de la dépense de santé par rapport au PIB est donc -4,4 % et la différence de croissance cumulée est de +2,6 % (soit +7,6 % en t -0,6 % en t+1 -4,4 % en t+2).

Bibliographie

- Albouy V., Bretin E., Carnot N. et Deprez M. (2009), «Les dépenses de santé en France: déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050», Document de travail de la DGTPE, n° 2009/11.
http://www.minefi.gouv.fr/directions_services/dgtpe/etudes/doctrav/pdf/cahiers-2009-11.pdf
- Bac C. (2004), «Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé: comparaison entre quelques pays développés», Rapport pour le Sénat, CEPII.
<http://www.senat.fr/rap/I03-424-1/I03-424-116.html#toc170>
- Bac C. et Cornilleau G. (2002), «Comparaison internationale des dépenses de santé: une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970», DREES, *Études et Résultats* n° 175.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er175.pdf>
- Consales G., Fesseau M. et Passeron V. (2009), «La consommation des ménages depuis cinquante ans» in *Cinquante ans de consommation en France*, INSEE Référence.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=CONSO09c
- Dormont B. (2009), «Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?», CEPREMAP.
<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>
- Eco-Santé (2010), base de données OCDE hébergée par l'IRDES.
<http://www.ecosante.fr/index2.php?base=OCDE>
- Gerdtham U.G., Jönsson B., MacFarlin M., Oxley H. (1995), «Factors affecting health spending: a cross-country econometric analysis». In *New directions in health care policies: improving cost control and effectiveness*, OCDE.
- Grignon M. (2003), «Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé», CREDES, Questions d'économie de santé n° 66.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf>
- L'Horty Y., Quinet A. et Rupprecht F. (1997), «Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique», *Économie et Prévision* n° 129-130.
- Mahieu R. (2000), «Les déterminants des dépenses de santé: une approche macroéconomique», Document de travail, INSEE, n° G 2000/01.
www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/g2000-01.pdf
- OCDE (2006), «Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures. What Are the Main Drivers?», Economics Department Working Paper 477.
<http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf>

Analyse de l'impact des mesures d'économies dans les Comptes de la santé

Annie FENINA et Marie-Anne Le GARREC (DREES)

Au début des années 2000, la progression des dépenses de santé a connu un rythme nettement supérieur à celui de la croissance du PIB. En effet, la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a crû de 6% par an en moyenne entre 2001 et 2003 tandis que le rythme de croissance du PIB était inférieur à 4%. Parallèlement le déficit de la branche «assurance maladie» s'est fortement accru (passant de -1,6 milliard d'euros en 2000 à -11,6 milliards d'euros en 2004 pour le seul régime général).

Face à cette situation, des réformes structurelles visant à ralentir le rythme de croissance de la dépense et à redresser les comptes de l'assurance maladie ont été engagées (cf. loi du 13 août 2004). Si les différentes mesures prises depuis cette date ont infléchi la dynamique des dépenses, elles ont également modifié la répartition de leur financement.

Entre 2004 et 2008, la part financée par la Sécurité sociale a ainsi légèrement diminué, passant de 77,1% de la CSBM en 2004 à 75,5% en 2008, les parts des organismes complémentaires et des ménages passant quant à elles respectivement de 13,2% à 13,7% et de 8,3% à 9,5%. L'année 2009, marque de ce point de vue une rupture, la structure du financement restant quasiment stable par rapport à 2008.

Cet éclairage présente comment cette répartition a évolué par grands postes de dépenses en mettant en regard les principales mesures de redressement prises. Une décomposition des dépenses selon qu'elles sont remboursées, remboursables ou non remboursables est établie.

De 2005 à 2009, des mesures significatives ont été prises afin de limiter le déficit des régimes d'assurance maladie

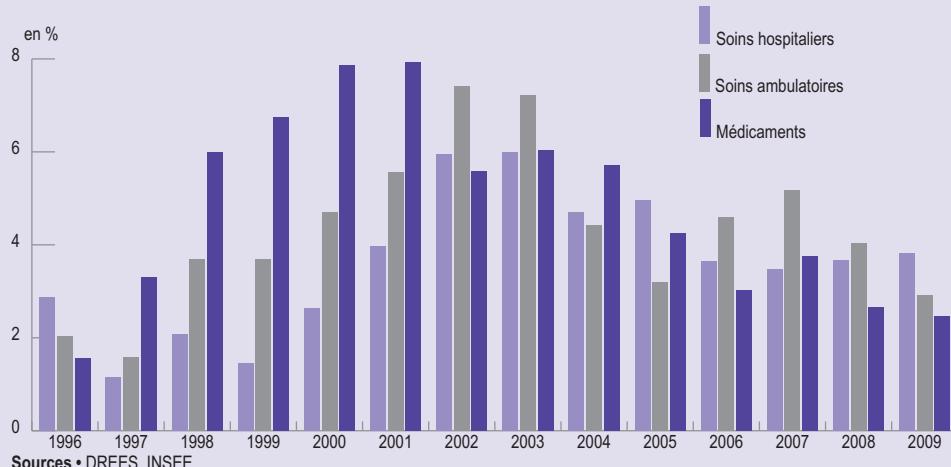
Si l'on considère la période 1995-2009, c'est entre 2001 et 2003 que la croissance en valeur de la consommation de soins de biens médicaux (CSBM) a été la plus rapide, +6% par an en moyenne. En 2000-2001, cette croissance a été essentiellement tirée par celle des dépenses de médicaments, puis en 2002-2003 par celle des soins ambulatoires et des soins hospitaliers, sous l'effet notamment des augmentations de tarifs des

médecins et de la hausse des coûts salariaux hospitaliers consécutifs à la mise en œuvre de la loi «Réduction du temps de travail» (graphique 1).

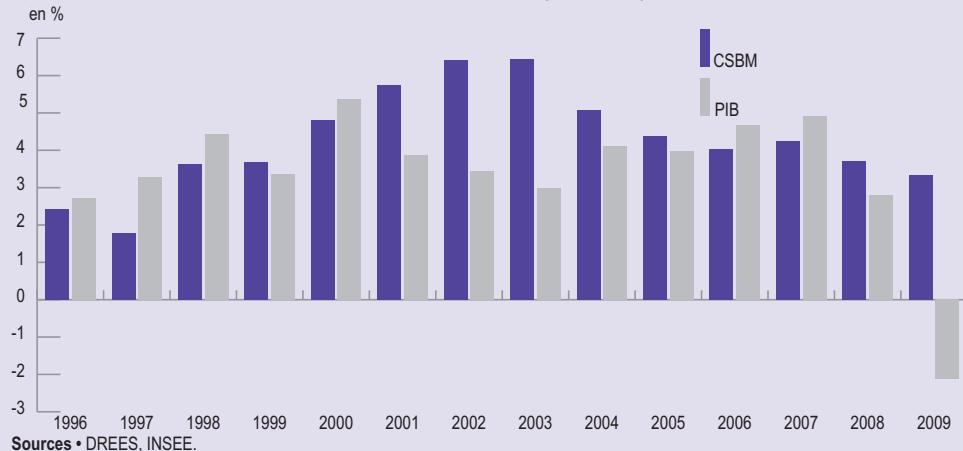
Cette forte croissance, dans un contexte de moindre progression du PIB (graphique 2), a largement pesé sur l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Le déficit de la CNAMTS est ainsi passé de -1,6 milliard en 2000 à -11,6 milliards en 2004.

Face à cette situation un certain nombre de mesures ont été prises visant à ralentir la croissance de la dépense et à redresser les comptes de l'assurance maladie (graphique 3). Entre 2004 et 2008 le déficit de l'assurance maladie a ainsi été réduit de 7,2 milliards, l'augmentation de 2009

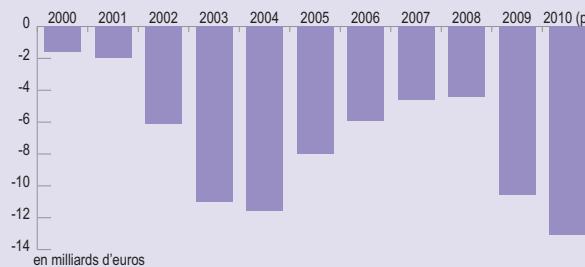
graphique 1 ● Taux de croissance des principaux postes de la CSBM (en valeur)



graphique 2 ● Taux de croissance de la CSBM et du PIB (en valeur)



graphique 3 ● Évolution du déficit de l'assurance maladie



Sources • CCSS juin 2010.

étant pour l'essentiel imputable à l'impact de la crise sur les recettes.

Parmi ces mesures on peut citer celles relatives :

À la maîtrise médicalisée (définie dans les avenants aux conventions nationales signées par les professionnels avec l'assurance maladie)

Visant à améliorer l'efficience des pratiques de prescriptions, la maîtrise médicalisée a d'abord porté sur les médecins libéraux puis s'est peu à peu étendue aux praticiens hospitaliers. Les actions de maîtrise médicalisée ont principale-

ment eu pour but de rationaliser les prescriptions au vu des besoins des malades (transports, médicaments, indemnités journalières...) ou d'améliorer le respect de l'ordonnancier bi-zone pour les personnes en ALD¹.

Au plan médicament (développement du générique, baisses de prix ciblées, déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant...)

Le plan médicament, mis en place dès 2004, comporte plusieurs volets : si certaines mesures

tableau 1 ● Les économies réalisées de 2005 à 2009 dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie (CNAMETS)

En millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009
Convention avec les médecins libéraux	721	581	383	334	454
Antibiotiques	35	46	27	56	0
Statines	122	135	131	55	78
IPP	-	13	27	71	20
Psychotropes	11	20	8	5	1
Arrêts de travail (IJ)	432	262	0	0	0
Transport	-	0	24	57	46
ALD	88	80	73	44	42
Prescription dans le répertoire générique	33	25	0	0	0
AcBUS	0	0	24	15	80
IEC-sartans	-	-	62	25	70
Anti-ostéo	-	-	-	-	21
Anti-diabétiques	-	-	-	-	8
Anti-dépresseurs	-	-	-	-	33
Kinésithérapie (HAS)	-	-	-	-	55
Actes	-	-	-	5	0
Dispositifs médicaux	-	-	7	0	0
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	33	25	107	101	185
Prescriptions hospitalières de transports				48	23
Total	754	606	490	482	662
Objectif	-	816	683	635	502
Taux d'atteinte de l'objectif	-	74 %	69 %	76 %	79 %

Sources • CNAMETS (repris des programmes de qualité et d'efficience pour 2010 pour 2005-2008, complété par le bilan CNAMETS pour 2009).

1 • Cf. indicateur 4-6 du volet maladie des Programmes de qualité et d'efficience annexés au PLFSS.

tendent à limiter la consommation sans a priori modifier la structure de son financement, d'autres ont des effets significatifs sur cette structure (tableau 2). Ainsi, la promotion des médicaments génériques, les baisses de prix ciblées, la réduction des marges de distribution, la mise en place de grands conditionnements font diminuer la dépense pour tous les financeurs (assurance maladie, ménages et organismes complémentaires). Par contre les déremboursements de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant ont sensiblement réduit la part du financement relevant de l'assurance maladie (*cf.* paragraphe 2.3).

À la responsabilisation des assurés (mise en place du parcours de soins et instauration de franchises)

Parmi les différentes mesures prises pour limiter la croissance de la consommation de soins et réduire les déficits, des mesures de responsabilisation des assurés ont en outre été prises. Leur effet sur cette dynamique est toutefois difficile à évaluer, seuls les gains attendus «pour l'assurance maladie» ont été estimés.

L'année 2005 a vu la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro déduite du montant des remboursements pour chaque consultation ou

acte réalisé par un médecin, ou analyse de biologie médicale.

En 2006 a été introduite une majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins (passage du taux de remboursement de 70% à 60%), pour une économie estimée à 150 millions d'euros pour la CNAMTS.

Cette pénalisation a été accrue en 2007, le taux de remboursement passant de 60% à 50%, pour une économie de 75 millions d'euros. La participation forfaitaire d'un euro a en outre été étendue aux consultations externes des hôpitaux, et le plafond journalier est passé de 1 à 4 € par jour, ce qui a abouti à une économie de 140 millions d'euros en année pleine ; de plus, la participation de 18 € pour les actes «lourds» cotés K 50 ou d'un coût supérieur à 91 €, prévue par le PLFSS 2006, a été mise en œuvre pour les soins de ville à compter du 1^{er} décembre 2007 (celle-ci est prise en charge par les organismes complémentaires).

En 2008, le plan médicament a été complété par l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments. Une franchise a également été mise en place sur les actes des auxiliaires médicaux (0,50 € par acte) et sur les transports de malades

tableau 2 ● Le plan médicament de 2005-2007 et 2008 – économies en année pleine

En millions d'euros

	Économies 2005 en année pleine	Économies 2006 en année pleine	Économies 2007 en année pleine	Total des économies 2005-2007	Rappel des objectifs à fin 2007 (2)	Économies 2008 en année pleine
Génériques (1)	255	730	280	1 265	1 050	265
Adaptation de la prise en charge	0	460	20	480	250	90
Adaptation des conditionnements	0	14	23	37	180	45
Baisses de prix ciblées	245	250	170	665	350	265
Marges de distribution	0	0	0	0	100	65
Médicaments à l'hôpital (liste en sus, rétrocession...)	210	0	0	210	100	25
Tarifs des dispositifs médicaux	13	80	0	93	250	5
Total plan médicaments 2005-2007	710	1 454	493	2 657	2 030	755
Maîtrise médicalisée : médicaments(3)	17	120	259	396	829	145
Total économies médicaments	727	1 574	752	3 053	2 859	900

(1) La baisse de prix sur les groupes génériques de plus 24 mois, initialement prévue dans le cadre du plan médicaments, sera réalisée en 2008 et générera une économie de l'ordre de 50 M€.

(2) Il s'agit des objectifs fixés en 2004, à la suite de la loi sur la réforme de l'assurance maladie.

(3) Hors économies sur les ALD et les AcBUs. L'objectif est fixé en valeur alors que les économies sont évaluées en volume. Cela explique une part non négligeable de l'écart constaté entre le bilan des économies réalisées et l'objectif mais aussi de l'écart avec le constat de la CNAMTS.

Sources • DSS/6B - données GERS, CCSS de juin 2008 et juin 2009.

tableau 3 ● Mesures prises entre 2005 et 2009 – économies attendues en PLFSS

	Nature de la mesure (sauf mesure hors ONDAM)	Date d'application	Économies attendues (1)
2005	Total		2 900 M€
	Participation forfaitaire 1 €	1/01/2005	600 M€
	Plan Médicament		700 M€
	Maîtrise médicalisée		1 000 M€
	Contrôle Indemnités journalières		300 M€
	Modernisation de la gestion hospitalière		200 M€
2006	Hausse Forfait journalier (de 13 € à 14 €) (2)	1/01/2005	100 M€
	Total		4 560 M€
	Majoration du ticket modérateur hors parcours de soins (passage du TM de 30 % à 40 %)		Non évalué en PLFSS : taux fixé par l'UNCAM (évalué en CCSS à 150 M€ pour la CNAMTS)
	Plan Médicament		2 085 M€
	Maîtrise médicalisée		890 M€
	Lutte contre la fraude		150 M€
2007	Ticket modérateur de 18 € sur les actes lourds (K50 ou au-delà de 91 €)		100 M€
	Autres mesures		90 M€
	Modernisation de la gestion hospitalière		1 140 M€
	Hausse Forfait journalier (de 14 € à 15 €) (2)	1/01/2006	100 M€
	Total		2 828 M€
	Majoration accrue du ticket modérateur hors parcours de soins (passage du TM de 40 % à 50 %)		Non évalué en PLFSS : taux fixé par l'UNCAM (évalué à 75 M€ en CCSS)
2008	Plafond de la participation forfaitaire à 4 € par jour et extension de la participation forfaitaire de 1 € pour les consultations externes des hôpitaux		Non évalué en PLFSS (évalué à 140 M€ en CCSS)
	Plan Médicament (y compris effet report)		1 401 M€
	Maîtrise médicalisée		710 M€
	Lutte contre la fraude (condition résidence)		100 M€
	Prescription hospitalière en ville		100 M€
	Autres mesures en ville (effet report 2006 sur tarification de certains actes de biologie et du ticket modérateur 18 € sur actes lourds)		60 M€
2009	Effet report du ticket modérateur 18 € sur les actes lourds à l'hôpital		80 M€
	Modernisation de la gestion hospitalière		277 M€
	Hausse Forfait journalier (de 15 € à 16 €) (2)	1/01/2007	100 M€
	Total		1 925 M€
	Franchises	1/01/2008	850 M€
	- auxiliaires (0,50 € par acte) et transports (2 € par transport)		- 130 M€
2009	- médicaments (0,50 € par boîte)		
	Plafonnées globalement à 50 € par an		- 720 M€
	Plan Médicament		140 M€
	Maîtrise médicalisée		635 M€
	Plus de remboursement médicaments à 35 % pour les ALD (sauf exception)		50 M€
	Entente préalable des médecins pour certaines situations		50 M€
2009	Encadrement transports		30 M€
	Mesures proposées UNCAM		100 M€
	Calcul des IJ		70 M€
	Total		2 168 M€
	Majoration accrue du ticket modérateur hors parcours de soins (passage du TM de 50 % à 70 %)		150 M€
	Plan Médicament et dispositifs médicaux		560 M€
2009	Maîtrise médicalisée		720 M€
	Baisse prix actes techniques		250 M€
	Encadrement transports par taxis		40 M€
	Lutte contre la fraude		85 M€
	Économies établissements de santé		193 M€
	Ajustement des dotations aux fonds		170 M€

(1) Sources • Annexe 9 du PLFSS pour 2006 à 2009 et présentation des grandes lignes du PLFSS 2005 – CCSS 21 septembre 2004.

(2) Parallèlement, hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics pour tenir compte des coûts réels de séjour.

(2 € par transport), dans la limite de 50 € par patient et par an. Ces franchises, destinées à contribuer au financement des plans de santé publique, ont rapporté à la branche maladie 750 millions d'euros au régime général et 890 millions à l'ensemble de la branche maladie, selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2009, le poste «médicaments» ayant à lui seul concentré plus de 85% de ce rendement.

Enfin en 2009, la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins a été encore accrue (passage du taux de remboursement de 50% à 30%).

À la contribution au redressement des comptes hospitaliers

Parmi les différentes mesures, on peut citer (outre la mise en place de la T2A):

- les hausses successives de 1 € du forfait journalier intervenues en 2005, 2006 et 2007²;
- l'instauration au 1^{er} septembre 2006 d'un ticket modérateur de 18 € pour l'ensemble des actes et séjours précédemment exonérés au titre de la réalisation au cours de l'hospitalisation d'un acte d'une valeur supérieure à 91 € (ticket modérateur pris en charge par les organismes complémentaires).

En outre, depuis 2005, les hôpitaux publics ont fortement augmenté leurs tarifs journaliers de prestations (TJP). En effet, lorsque les hôpitaux publics étaient financés par la dotation globale hospitalière, ces tarifs n'avaient pas été révisés régulièrement; la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics les a donc incités à augmenter leurs ressources en réévaluant les TJP pour tenir compte des coûts réels de séjour.

À la lutte contre les fraudes (contrôle sur les indemnités journalières, sur la tarification à l'activité, sur la condition de résidence...).

Le tableau 3 retrace les mesures prises en PLFSS ainsi que certaines des mesures prises sur proposition du comité d'alerte (le rendement des mesures prises en PLFSS qui figure dans ce tableau corres-

pond au rendement affiché au moment du vote de la loi de financement, ce rendement ne correspond pas aux rendements publiés dans les rapports de la CCSS qui correspondent quant à eux à des rendements *ex-post*).

Ces mesures ont modifié la structure de financement de la consommation en soins et biens médicaux

L'impact de ces mesures peut être en partie évalué à partir des Comptes de la santé. S'il n'est, en fait, pas possible d'évaluer comptablement l'effet induit par ces mesures sur la dynamique des dépenses de santé, on peut en revanche en mesurer en partie l'impact sur la structure de financement.

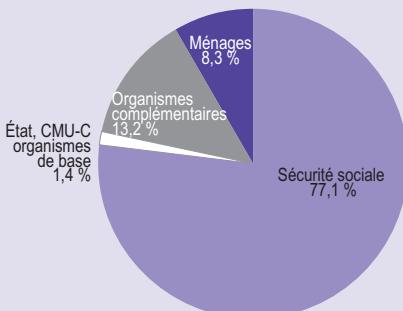
Les Comptes de la santé permettent, en effet, d'évaluer la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé : assurance maladie, État (AME et CMU-C des organismes de base), organismes complémentaires et ménages.

Si les diverses mesures prises depuis cinq ans semblent avoir ralenti la dynamique des dépenses, elles ont aussi modifié la répartition du financement entre les différents acteurs (graphiques 4 et 5). Atteignant 132,7 milliards d'euros en 2009, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM s'est réduite, passant de 77,1% en 2004 à 75,5% en 2009. La prise en charge par les organismes complémentaires est tendanciellement orientée à la hausse. Elle atteint 24,3 milliards d'euros en 2009, soit 13,8% de la CSBM. Néanmoins, cette hausse est assez lente puisque la part des organismes complémentaires était déjà de 12,8% en 2000. Enfin, le reste à charge des ménages qui avait diminué entre 1995 et 2004 (passant de 9,6% à 8,3%) est revenu à 9,4% de la dépense en 2009 contre 9,5% en 2008.

Dans l'évolution annuelle du financement des dépenses de santé par chacun des grands acteurs

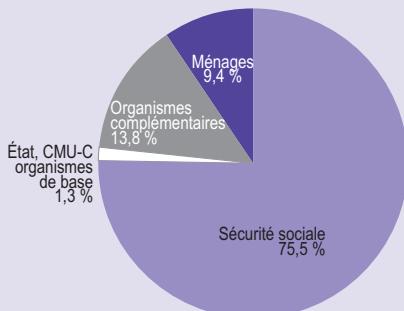
2 • Une hausse de 2 € est entrée en vigueur en 2010.

graphique 4 ● Structure du financement de la CSBM en 2004



Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 5 ● Structure du financement de la CSBM en 2009



économiques, on peut calculer la part due à la croissance de chaque poste de dépenses à structure de prise en charge constante. La différence entre la dépense théorique ainsi obtenue pour chacun des acteurs et la dépense effectivement observée dans les Comptes de la santé peut s'analyser en partie comme le résultat des mesures mises en œuvre (*cf. encadré*). En partie seulement,

car la différence observée peut refléter également une modification de la consommation de soins due à des changements de comportement, à la survenue d'épidémies plus ou moins importantes selon les années (grippe saisonnière...), à l'augmentation du nombre d'assurés en ALD, à l'évolution des dépassements de tarifs pratiqués sur certains soins ou biens médicaux...

encadré 1 • Analyse de l'écart entre croissance tendancielle et croissance observée

Exemple des soins de médecins en 2006

La consommation de soins de médecins est passée de 19,1 Mds d'euros en 2005 à 19,9 Mds en 2006, soit une augmentation de 4,2%.

	2005	% de hausse uniforme	2006 à structure constante	2006 observé	Écart
Soins de médecins	19,1	4,2 %	19,9	19,9	
Sécurité sociale	13,6	4,2 %	14,2	14,0	- 0,24
Org. complémentaires	3,6	4,2 %	3,7	3,8	+ 0,02
Ménages	1,6	4,2 %	1,7	1,9	+ 0,22

Sources : DREES, Comptes de la santé. Unité : milliards d'euros.

Sans déformation de la structure de prise en charge par les principaux financeurs, en appliquant une augmentation uniforme de 4,2%, la décomposition des soins de médecins en 2006 aurait dû être celle figurant en colonne 3. Or la prise en charge réelle observée dans les Comptes de la santé en 2006 est celle de la colonne 4.

L'écart figurant en colonne 5 peut s'analyser en partie comme le résultat de la mise en place de la participation forfaitaire de 1 € par consultation (effet report 2005) et de la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins.

Exemple des médicaments en 2008

La consommation de médicaments est passée de 33,6 Mds d'euros en 2007 à 34,5 Mds en 2008, soit une augmentation de 2,7%.

	2007	% de hausse uniforme	2008 à structure constante	2008 observé	Écart
Soins de médecins	33,6	2,7 %	34,5	19,9	
Sécurité sociale	22,5	2,7 %	23,1	14,0	- 0,74
Org. complémentaires	5,7	2,7 %	5,9	3,8	- 0,13
Ménages	4,9	2,7 %	5,0	1,9	+ 0,87

Sources : DREES, Comptes de la santé. Unité : milliards d'euros.

L'écart figurant en colonne 5 peut s'analyser en partie comme le résultat de la mise en place de la franchise de 0,50 € par boîte de médicament et du déremboursement total des médicaments remboursables au taux de 15%.

L'étude présentée ici concerne les plus gros postes de dépenses (soins hospitaliers, soins ambulatoires et médicaments) et les trois acteurs principaux (Sécurité sociale, organismes complémentaires et ménages); en effet, la part du 4^e financeur (État pour l'AME et la CMU-C organismes de base) est d'un peu plus de 1%.

• La déformation de la structure de financement des soins hospitaliers

Les dépenses de soins hospitaliers s'élèvent à 78 milliards d'euros en 2009, soit 3,8% de plus qu'en 2008. C'est l'assurance maladie qui en assume l'essentiel (90,4%), les organismes complémentaires (OC) finançant seulement 5,3% de cette dépense et les ménages 3,0%.

Dans le graphique 6, pour chaque année, la colonne de gauche représente le surcroît de la dépense annuelle pour chaque acteur à structure inchangée par rapport à l'année précédente, et la colonne de droite le surcroît effectivement observé.

En 2005, 2006 et 2007, la hausse annuelle de 1 € du forfait journalier conjuguée avec le relèvement des TJP fait réaliser une économie à la Sécurité sociale. C'est sur la part prise par les OC que s'est reportée la plus grande part de cette économie, la charge des ménages s'accroissant de façon plus modérée.

En 2007-2008, la progression de la prise en charge par les OC et les ménages a été accentuée par la mise en place du ticket modérateur de 18 euros sur le remboursement des actes techniques «lourds» de plus de 91 euros. Toutefois ces économies restent modestes pour l'assurance maladie, sa part dans le financement n'ayant reculé entre 2004 et 2009 que de 1,5 point, de 92,1% à 90,4%.

• La déformation de la structure de financement des soins ambulatoires

La dépense de soins ambulatoires s'élève à 48,3 milliards d'euros en 2009. Elle est financée à 64,8% par l'assurance maladie, à 21,1% par les OC et 12,5% par les ménages.

En 2005, la mise en place de la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations de médecins et sur les analyses de laboratoires s'est visiblement reportée sur les ménages. Son effet se conjugue en 2006 avec celui dû à la mise en place du parcours de soins et aux pénalités en cas de non-respect de ce dernier. En 2007, la pénalisation accrue en cas de non-respect du parcours de soins se reporte à nouveau sur les assurés. En 2008, l'instauration d'une franchise de 1 € sur les actes dispensés par les auxiliaires médicaux augmente la dépense des ménages tandis que la participation de 18 € sur les actes «lourds» augmente celle des organismes complémentaires.

• La déformation de la structure de financement des médicaments

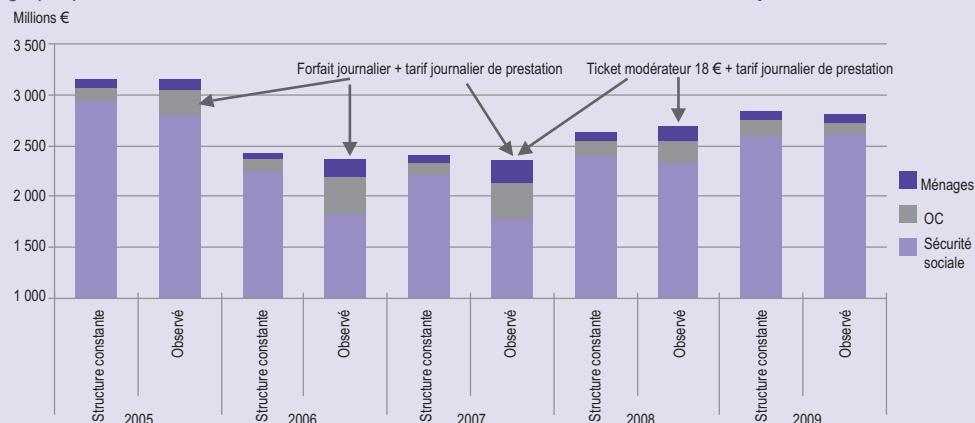
La dépense de médicaments consommés en ambulatoire (c'est-à-dire en ville) atteint 35,4 milliards d'euros en 2009, soit 2,5% de plus qu'en 2008. Elle est financée à 65% par l'assurance maladie, et à part quasiment égales par les OC (16,7%) et par les ménages (17%).

Tous les financeurs (assurance maladie, organismes complémentaires, ménages) ont bénéficié de mesures prises dans le cadre du Plan Médicament: les baisses de prix ciblées, le développement des génériques, des grands conditionnements, la réduction des marges de distribution...

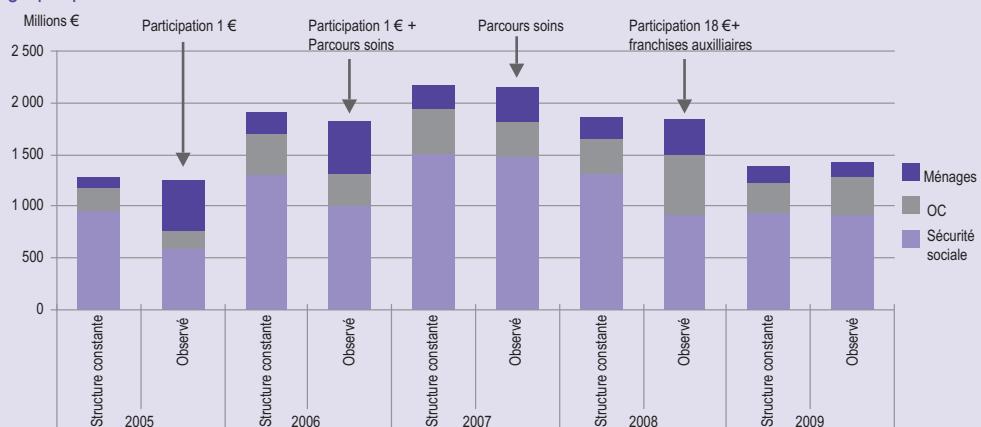
En revanche, certaines mesures ont allégé la charge de l'assurance maladie et alourdi celle des OC ou des ménages. Ainsi en 2006, le début de la politique de déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant ressort nettement sur le graphique 8; l'économie réalisée par la Sécurité sociale se reporte intégralement sur les ménages. En revanche, les OC ont vu leur charge de médicaments allégée du fait des déremboursements.

En 2008, apparaît l'impact de la mise en place de la franchise de 0,50 € par boîte de médicaments: cette franchise non prise en charge par les OC, est entièrement supportée par les ménages; s'y ajoute le déremboursement total des médicaments remboursés à 15% de façon transitoire depuis 2006. Les ménages ont ainsi vu leur dépense de médicaments s'accroître d'un milliard d'euros en 2008, dont 130 millions seraient dus selon notre

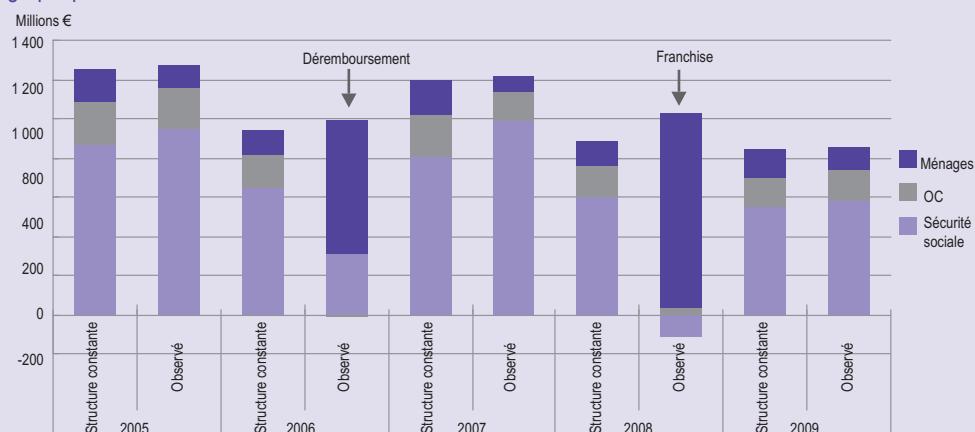
graphique 6 ● Structure du surcroît de consommation annuelle de soins hospitaliers



graphique 7 ● Structure du surcroît de consommation annuelle de soins ambulatoires



graphique 8 ● Structure du surcroît de consommation annuelle de médicaments



Remarque • Les totaux « structure constante » et « observé » n'ont pas exactement le même niveau. Cela résulte du fait que l'analyse est restreinte aux trois principaux financeurs et ne prend pas en compte le financement État + CMU-C organismes de base.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

décomposition comptable à la hausse tendancielle de consommation et 870 millions à la franchise et aux déremboursements (*cf.* encadré 1).

Avec une analyse identique sur les autres postes de dépenses (transports sanitaires et biens médicaux), on aurait fait apparaître l'intervention croissante des OC dans le financement des biens médicaux autres que les médicaments, notamment les dépenses d'optique, les orthèses et le matériel médical (lits médicalisés, fauteuils roulants...). Cette meilleure couverture complémentaire allège d'autant la charge des ménages sur ces postes.

En 2009, une dépense remboursée par la Sécurité sociale qui représente 75,5 % de la dépense totale

Sur une consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) de 175,7 milliards d'euros en 2009, les trois quarts des dépenses qui la constituent sont remboursées par les organismes de Sécurité sociale : 75,5 %, soit 132,7 milliards d'euros. Parmi les dépenses non remboursées figurent les dépassements d'honoraires, des dépenses de médicaments, des soins dentaires (implants), de petits matériels comme les lentilles oculaires...

Les mesures d'économie décrites précédemment ont également eu pour conséquence une modification du poids des différentes composantes de la consommation totale : prestations, ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises, dépassements, dépense non remboursable.

On passe de la dépense remboursée à la consommation de soins et biens médicaux par l'enchaînement suivant :

- la **dépense remboursée** est la prestation versée par les organismes de Sécurité sociale;
- en ajoutant le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises, on obtient la **dépense reconnue** ; elle est égale à la dépense présentée au rembour-

gement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires ;

- en ajoutant les dépassements d'honoraires à la dépense reconnue, on obtient la **dépense remboursable présentée au remboursement** ; cette dépense correspond à la consommation de biens et services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée ;
- la **CSBM** comprend la dépense remboursable (y compris la dépense non présentée au remboursement) et la dépense non remboursable ; la dépense non présentée au remboursement comprend une part d'automédication ainsi que les honoraires et prescriptions qui ne font pas l'objet d'envoi de justificatifs aux caisses ; la dépense non remboursable est principalement constituée par les médicaments non remboursables, certaines lentilles oculaires, ou de petits matériels, orthèses ou pansements non remboursables.

Dans la colonne 4 du tableau 4 figurent les dépassements d'honoraires, dont les montants sont issus du SNIIRAM³ après retraitement DREES en date de soins. Les dépassements d'honoraires des médecins sont ventilés en dépassements en soins ambulatoires et en soins en cliniques privées lors d'hospitalisations complètes ; ceux-ci se sont élevés au total à 2,4 milliards en 2009 (1,8 milliard en ambulatoire et 0,6 milliard en cliniques privées). Les autres montants qui figurent dans cette colonne concernent les dentistes (dépassements pour soins prothétiques pour 4,2 milliards) et les auxiliaires médicaux (75 millions).

Dans la colonne 6 du tableau 4 (dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement) figurent par exemple les soins non remboursables effectués par les médecins non conventionnés ou les médicaments non présentés au remboursement ou non remboursables. Figurent aussi dans cette colonne les dépassements ou le non remboursable sur les frais de séjours en cliniques privées ou encore pour les autres biens médicaux les dépassements, le non présenté au remboursement et le non remboursable.

3 • Système national inter-régimes de l'assurance maladie.

En matière de biens médicaux, il n'est pas possible d'isoler faute de sources la partie « dépassement de tarif » de la partie strictement non remboursable. Ainsi, en matière d'optique, en raison de la faiblesse des prestations versées par l'assurance maladie, la consommation est évaluée à partir de la consommation des ménages en « optique médicale » calculée par l'Insee ; or dans la nomenclature Insee, l'optique médicale comprend à la

fois les lunettes et les lentilles oculaires, sans que l'on puisse distinguer ces deux produits. En toute rigueur, la partie des dépenses de lunettes non prise en charge par la Sécurité sociale devrait figurer en colonne 4 (dépassements) tandis que les lentilles oculaires figurent essentiellement en colonne 6 (dépenses non remboursables), mais cette décomposition est impossible faute de sources. Il en va de même pour les autres produits de la LPP comme

tableau 4 ● De la dépense remboursée à la consommation en 2009* en milliards d'euros

2009	Dépense remboursée (1)	Ticket modérateur forfait journalier, particip. forfaitaires, franchises (2)	Dépense reconnue (3)	Dépassements d'honoraires et dentaires au-delà du tarif Séc. soc. (4)	Dépense remboursable présentée au remboursement (5)	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (6)	CSBM (7)
Soins hospitaliers **	70,5	5,5	76,0	0,6	76,7	1,3	78,0
Soins ambulatoires	31,2	8,7	39,9	6,0	46,0	2,3	48,3
Transports de malades	3,3	0,2	3,5		3,5	0,1	3,6
Total prestataires de soins	105,1	14,3	119,5	6,6	126,1	3,7	129,8
Pharmacie	23,0	6,7	29,7		29,7	5,7	35,4
Autres biens médicaux **	4,6	0,9	5,5		5,5	5,0	10,5
Total biens médicaux	27,6	7,7	35,2		35,2	10,6	45,9
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	132,7	22,0	154,7	6,6	161,4	14,3	175,7

* En dates de soins.

** Pour les « soins hospitaliers – cliniques privées – frais de séjours » et les « autres biens médicaux », il n'est pas possible de distinguer les dépassements et le non remboursable. Le choix a été fait dans ce tableau de faire figurer l'intégralité des dépenses correspondantes en colonne 6.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

tableau 5 ● Part des dépenses de soins remboursées par l'assurance maladie selon le type de soins en 2009 (en %)*

	Soins hospitaliers	Soins ambulatoires	Biens médicaux	Transports sanitaires	Ensemble
Dépenses remboursées par les organismes de Sécurité sociale	90,4	64,8	60,1	93,2	75,5
Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires, franchises	7,0	18,0	16,7	5,0	12,5
Dépenses reconnues	97,5	82,8	76,8	98,2	88,1
Dépassements	0,8	12,5	0,0	0,0	3,8
Dépenses remboursables présentées au remboursement	98,3	95,3	76,8	98,2	91,8
Dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement **	1,7	4,7	23,2	1,8	8,2
CSBM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

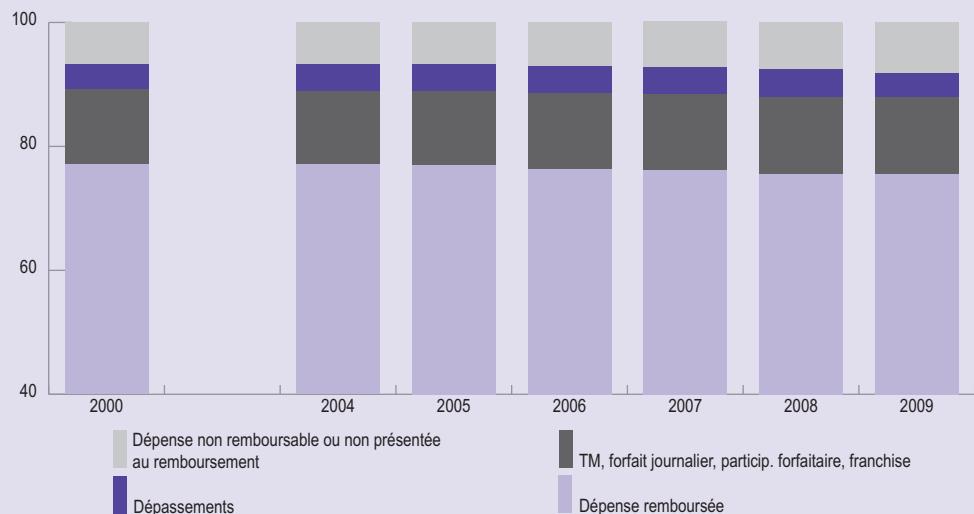
* En dates de soins.

** Pour les « soins hospitaliers – cliniques privées – frais de séjours » et les « autres biens médicaux », il n'est pas possible de distinguer les dépassements et le non remboursable. Le choix a été fait dans ce tableau de faire figurer l'intégralité des dépenses correspondantes en dépenses non remboursables.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

graphique 9 ● De la dépense remboursée à la CSBM

en % de la CSBM



Sources • DREES, Comptes de la santé.

les prothèses externes (prothèses auditives, orthèses...) ou le petit matériel médical.

Dans les dépenses de soins hospitaliers, les dépassements d'honoraires sont faibles (0,8%) et seuls le ticket modérateur et le forfait journalier sont significatifs, puisqu'ils représentent 7% de la dépense initiale (tableau 5). Ainsi, la dépense remboursée par l'assurance maladie lors d'une hospitalisation est en moyenne de 90,4% de la dépense initiale.

Pour les soins ambulatoires, le taux global de remboursement est de 64,8% de la dépense initiale en 2009 (contre 65,4% en 2007), tandis que le ticket modérateur représente 18% de cette dépense initiale (contre 16,2% en 2007). La hausse de la part du ticket modérateur entre 2007 et 2009 est due en particulier à l'instauration de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. En outre, les dépassements représentent une part importante de la dépense en soins ambulatoires : 12,5% de la dépense initiale.

Pour les biens médicaux, le taux global de remboursement par la Sécurité sociale est de 60,1% en 2009 contre 62,2% en 2007. La part du ticket modérateur passe de 15,5% en 2007 à

16,7% en 2009, notamment en raison de la franchise de 0,50 € par boîte de médicament instaurée en 2008. De plus, les biens classés en «non remboursables» représentent une part importante des biens médicaux : ils constituent en effet 23,2% de la dépense initiale en 2009 (contre 19,8% en 2007). Le déremboursement de certains médicaments ou petits matériels intervenu dans les années récentes explique pour partie l'augmentation cette part «non remboursable».

Enfin, les transports de malades sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'assurance maladie : leur taux de remboursement dépasse les 93%. Ce dernier a légèrement reculé en 2008 en raison de la franchise de 2 € par transport mise en place au 1^{er} janvier. Le haut niveau de prise en charge des transports de malades s'explique par la proportion importante de patients en ALD qui ont recours à ce service, et qui sont remboursés à 100% du fait de leur ALD.

Le graphique 9 illustre la déformation de la structure de l'écart entre la dépense remboursée par l'assurance maladie et la consommation totale de biens et services médicaux entre 2000 et 2009.

Le marché du médicament remboursable en ville en 2009

Blandine JUILLARD CONDAT (CHU Toulouse), Renaud LEGAL et Willy THAO KHAMSING (DREES)

Cet éclairage a pour champ principal les médicaments remboursables. Il ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais aux achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement aux ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette étude sont donc des montants hors taxes.

En 2009, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,5 milliards d'euros, soit une évolution de +2,5% par rapport à 2008.

Dans un premier temps, cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation du médicament en France. Ensuite le marché du médicament remboursable en 2009 est analysé selon trois critères : le taux de remboursement *a priori*, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte (respectivement la plus faible) progression en termes de chiffre d'affaires entre 2008 et 2009.

Quelques éléments de cadrage

Le poste «médicaments» se situe à la première place de la consommation médicale ambulatoire, loin devant les honoraires médicaux. En 2009, d'après les *Comptes nationaux de la santé*, la consommation pharmaceutique ambulatoire, qui inclut les médicaments délivrés par les pharmacies d'officine ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, s'élevait à 35,4 milliards d'euros (contre 22 milliards d'euros pour l'ensemble des honoraires des médecins généralistes et spécialistes).

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités: des pharmacies d'officines et des pharmacies à usage interne des établissements de santé (dont les hôpitaux). Le pharmacien d'officine est en France le seul professionnel de santé, avec l'opticien, dont l'activité soit inscrite au registre du commerce (Fournier, Lomba; 2007)¹. Les établissements de santé, via leurs pharmacies à usage interne pour ceux qui en disposent, délivrent également des médicaments aux patients, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à des patients non hospitalisés: cette dernière activité est appelée rétrocession (*cf. glossaire*). Dans ce deuxième cas, les établissements de santé se comportent comme une officine de ville.

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Les prix sont donc les prix fabricants hors taxes. Le marché pharmaceutique français a représenté 50 milliards d'euros en 2009, dont un peu moins de la moitié lié aux exportations (23 Mds). Les ventes en France entière ont représenté environ 27 milliards d'euros, dont plus de la moitié liées à des produits importés (16 Mds). Sur les ventes en France entière, 75% étaient destinées au marché de ville, le reste aux établissements de santé (figure 1).

Le marché de ville désigne les médicaments achetés par les pharmacies d'officine². Le marché de ville regroupe deux types de médicaments: les médicaments remboursables et les médicaments non remboursables. C'est l'AFSSAPS qui décide de la mise sur le marché des médicaments et le ministre de la santé leur inscription sur la liste des médicaments remboursables, après avis de la Commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (figure 2). Cette inscription est une condition nécessaire à la prise en charge d'un médicament par l'Assurance maladie. Elle n'est cependant pas suffisante, puisque le remboursement suppose en outre qu'il y ait une prescription médicale. Un patient peut acheter un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables sans prescription de son médecin (ex: paracétamol). Dans ce cas, les produits achetés sans prescription médicale ne pourront donner lieu à remboursement par l'assurance maladie (Lancry,

encadré 1 • Les données utilisées

Les données utilisées sont issues de la base 2009 du Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Elle recense pour chaque présentation et pour l'année 2009, le chiffre d'affaires hors taxes correspondant aux volumes des ventes des laboratoires aux pharmacies et le prix de vente public toutes taxes comprises (TTC). Le champ d'observation concerne les présentations remboursables en officine de ville en 2008 ou 2009. Chaque présentation est identifiée par un libellé et un code CIP. Sont également indiqués la classe thérapeutique (code Ephmra), ainsi que le taux de remboursement par la Sécurité sociale de la présentation. Les classes thérapeutiques ne comprenant plus aucun médicament remboursable en 2009 sont exclues du champ. Pour les besoins de l'étude, ces données ont été appariées avec une base recensant les produits génériques inscrits au répertoire officiel de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

1 • En même temps, la création d'officine fait l'objet d'une procédure d'autorisation délivrée par la préfecture en fonction de la couverture des besoins de la population, compte tenu de la mission de service public assurée par celle-ci (Fournier, Lomba; 2007).

2 • Le plus souvent auprès d'un grossiste-répartiteur qui fait office d'intermédiaire entre le laboratoire pharmaceutique et la pharmacie.

figure 1 ● Du marché pharmaceutique au remboursement en France en 2009

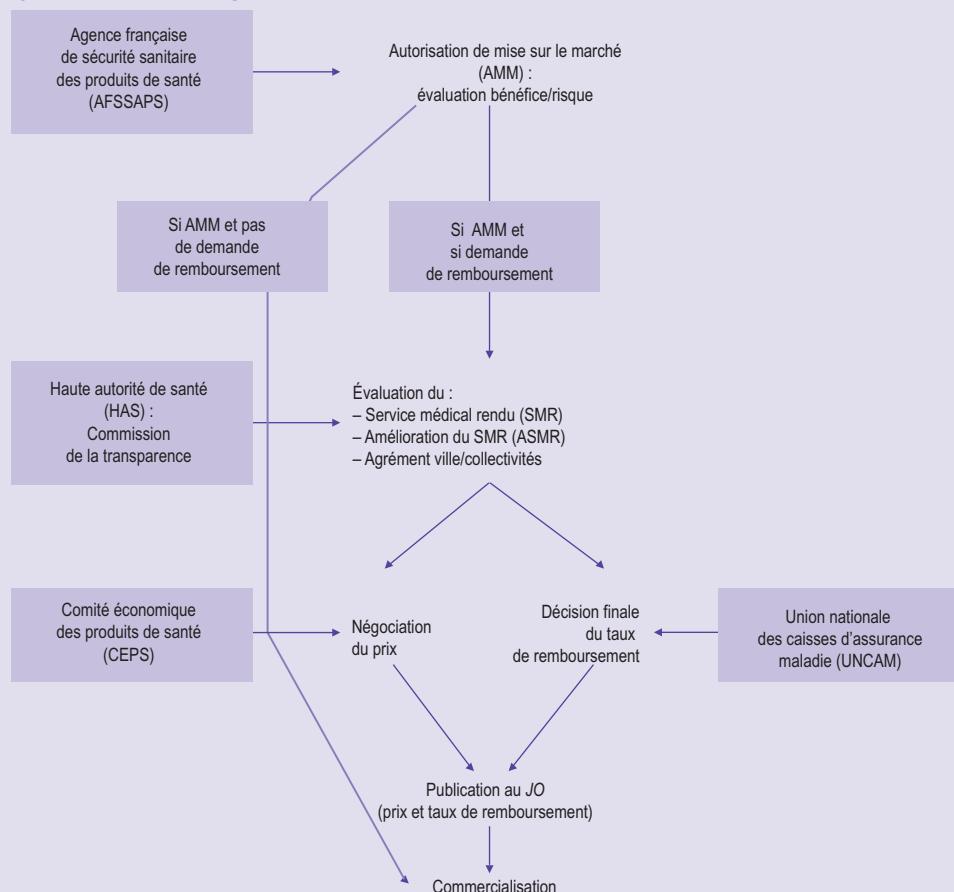
Marché pharmaceutique	50,1
(Chiffre d'affaires HT - Prix fabricant)	
Exportations	23,1
Ventes en France (dont produits importés : 16,3 Mds €)	27,0
Ventes en ville	21,4
Remboursables (avec vignette)	19,5 *
Non remboursables (sans vignette)	1,9
Ventes à l'hôpital	5,6
Remboursables (avec vignette)	29,9
Non remboursables (sans vignette)	4,1
Médicaments rétrocédés	1,4
Hôpital (usage interne)	4,2
Consommation totale (Ville : prix public - Hôpital : prix TTC)	39,6
Consommation en ambulatoire	35,4
Remboursement Ass. maladie	27,2
Ville (vignette + rétrocession)	23,0
«Avec vignette» remboursés	21,6
Médicaments rétrocédés	1,4
Hôpital (usage interne)	4,2

* Dont 0,2 Md € de médicaments homéopathiques.

Champ • France entière.

Sources • LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; Recueil DREES sur le médicament pour l'hôpital ; CNAM - traitement DREES pour la consommation en ville.

figure 2 ● Schéma d'organisation de la décision de remboursement d'un médicament



Sources • Grandfil N. : « Fixation et régulation des prix des médicaments en France », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.

2007). Cela explique que les médicaments remboursables ne sont pas tous remboursés *in fine*.

En 2009, le marché de ville pèse plus de 21 milliards d'euros (figure 1). Il est constitué à 91% de médicaments remboursables et à 9% de médicaments non remboursables (respectivement 19,5 et 1,9 milliard d'euros). À noter que ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est différent du prix public³.

La totalité des éléments constitutifs du prix public des médicaments remboursables, qui sert de base à la prise en charge par l'assurance maladie, est administrée :

$$\text{prix public TTC} = \text{prix fabricant HT} + \text{marge du grossiste-répartiteur} + \text{marge du pharmacien} + \text{TVA}.$$

Le prix des médicaments non remboursables est libre.

Pour les médicaments utilisés dans les établissements de santé, la situation est différente. Le principe de liberté des prix de vente reste en vigueur, mais il est de fait contraint par des mécanismes de régulation introduits depuis mars 2004. Ainsi, pour certains médicaments, inscrits sur des listes limitatives (médicaments rétrocédables et molécules onéreuses, *cf.* glossaire), un tarif de prise en charge par l'assurance maladie est publié au *Journal Officiel*. Un accord entre l'industrie pharmaceutique et l'État prévoit pour ces médicaments la déclaration par l'industrie de ses prix de vente au Comité économique des produits de santé (Lancry, 2007). En définitive, les prix sont largement administrés en France, et plutôt bas par rapport à nos voisins européens. La dépense pharmaceutique élevée de la France s'explique non pas par des prix élevés, mais par des volumes de consommation importants, les Français étant de gros consommateurs de médicaments (Grandfils, 2007).

Le marché du médicament remboursable

Le marché du médicament remboursable pèse en 2009 plus de 19 milliards d'euros (figure 1). Par rapport à 2008, le marché a cru de 2,5% en valeur. Selon le taux de remboursement *a priori*⁴, il est possible de distinguer 3 types de médicaments remboursables : les médicaments potentiellement remboursés à 35%, à 65% ou à 100%. Le taux de remboursement *a priori*, constitue avec le prix le principal outil de régulation des dépenses de médicaments en France.

En France, l'évaluation de l'intérêt des médicaments est effectuée par la Commission de la transparence. Cette commission, intégrée en 2004 à la Haute Autorité de Santé, a pour mission de déterminer le service médical rendu (SMR) d'un médicament, c'est-à-dire l'intérêt thérapeutique absolu de ce médicament [...], et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), c'est-à-dire la «plus-value» thérapeutique apportée par ce médicament comparativement à d'autres médicaments de la même classe thérapeutique. L'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) s'appuie ensuite sur le niveau de SMR et sur le type de pathologie que le médicament est censé traiter pour déterminer le niveau du taux de remboursement *a priori* du médicament (tableau 1). Le CEPS s'appuie sur le niveau de l'ASMR pour fixer le prix de vente du médicament (Nougez, 2007).

En 2009, avec un chiffre d'affaires de plus de 14 milliards d'euros, les médicaments dont le taux de remboursement *a priori* est de 65% représentent en valeur les trois quarts du marché du médicament remboursable, les médicaments à 35% et à 100% se partageant à parts égales le reste du marché (un peu plus de 2 milliards d'euros chacun). Ce sont les médicaments les plus chers, remboursés à 100%, qui connaissent le plus

3 • Dont les individus doivent s'acquitter en pharmacie pour acheter le médicament.

4 • Il faut distinguer le taux de remboursement *a priori* du taux de remboursement *a posteriori*. Le taux de remboursement *a priori* correspond au taux de remboursement afférent au médicament, décidé par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Au contraire, le taux de remboursement *a posteriori* correspond au taux selon lequel le patient a effectivement été remboursé, notamment au vu d'éventuelles exonérations. Une personne en affection longue durée peut ainsi être remboursée à 100% d'un médicament dont le taux de remboursement *a priori* n'est que de 65% (Lancry, 2007).

tableau 1 ● Taux de remboursement des spécialités remboursables

Service médical rendu	Médicament pour pathologie « grave »	Médicament pour pathologie « sans caractère habituel de gravité »
Majeur ou important	65 %	35 %
Modéré	35 %	35 %
Faible	35 %	35 %
Insuffisant	Pas de prise en charge Sécurité sociale	Pas de prise en charge Sécurité sociale

Lecture • Les médicaments ayant un service médical rendu jugé faible et destinés à soigner une pathologie grave sont remboursés a priori (en dehors de toute exonération éventuelle de ticket modérateur, liée par exemple à une prescription en rapport avec un statut d'affection longue durée) à hauteur de 35 %.

Note • Par ailleurs, on rappelle que les médicaments reconnus comme « irremplaçables et particulièrement coûteux », sont remboursables à 100 % et qu'un taux de remboursement transitoire de 15 % a été créé en mars 2006, applicable jusqu'en 2008, pour les veinotoniques, médicaments dont le SMR a été jugé insuffisant par la Commission de la transparence.

Sources • Lancry, *op. cit.*

tableau 2 ● Le marché global en 2008 et 2009

	Médicaments non remboursables (a)	Médicaments remboursables (*) au taux de			Total remboursable (b)	Total marché (a+b)
		35 %	65 %	100 %		
Nombre de présentations						
- en 2008	2 757	1 205	5 687	326	7 218	9 975
- des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	2 513	1 209	5 522	315	7 046	9 559
- en 2009	2 673	1 308	6 416	335	8 059	10 732
Chiffre d'affaires (en Mds €)						
- en 2008	1,8	2,4	14,4	2,1	18,9	20,7
- en 2008 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	1,8	2,4	14,2	2,1	18,7	20,5
- en 2009 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	1,8	2,4	14,2	2,2	18,7	20,6
- en 2009	1,9	2,4	14,6	2,3	19,3	21,2
Parts de marché (en %)						
- en 2008	8,8	11,4	69,7	10,1	91,2	100
- en 2008 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	8,9	11,6	69,4	10,2	91,1	100
- en 2009 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	8,9	11,5	68,9	10,8	91,1	100
- en 2009	9,0	11,3	68,9	10,9	91,0	100
Évolution 2008-2009 en %						
- du chiffre d'affaires global	3,8	1,8	1,4	10,5	2,5	2,6
- du chiffre d'affaires des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	0,5	-1,0	-0,4	6,0	0,2	0,2
Contribution à la croissance en points de %						
- du chiffre d'affaires global	0,3	0,2	1,0	1,1	2,3	2,6
- du chiffre d'affaires des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	0,0	-0,1	-0,3	0,6	0,2	0,2

* Depuis le 1^{er} janvier 2009, les médicaments à vignette orange (15 %) ont été définitivement radiés de la liste des spécialités remboursables. Les taux de remboursement sont ceux du mois de décembre.

Note de lecture • On décompte première ligne le nombre de présentations mises sur le marché en 2008 (soit 2 757 non remboursables et 7 218 remboursables en 2008), deuxième ligne, le nombre de celles mises sur le marché les deux années 2008 et 2009, sont exclues de ce décompte les présentations retirées du marché en 2009 ou introduites sur le marché en 2009, dans cette ligne les présentations sont classées en non remboursables ou encore en remboursables (35 %, 65 % ou 100 %) selon la classification en vigueur en 2009 (soit 2 513 non remboursables et 7 046 remboursables en 2009) et troisième ligne le nombre de celles mises sur le marché en 2009 (soit 2 673 non remboursables et 8 059 remboursables en 2009).

Sources • GERS, traitement DREES.

fort taux de croissance par rapport à 2008, avec une croissance annuelle en valeur de plus de 10% (tableau 2). Cela confirme une tendance observée depuis quelques années : le prix moyen des médicaments remboursables augmente sous l'effet d'un fort effet de structure et la consommation pharmaceutique se déforme au profit des produits les plus chers (Lancry, 2007). Comme on peut le remarquer dans les dernières lignes du tableau 2, la croissance de 2,6% du chiffre d'affaires global entre 2008 et 2009 est imputable pour l'essentiel au renouvellement des médicaments, les médicaments anciens encore vendus en 2009 n'augmentant que de 0,2%.

En 2009, la progression des génériques se poursuit, contribuant pour 1,4 point à la croissance totale du marché (tableau 3). En valeur, la croissance des ventes de génériques semble repartir à la hausse (+12,5% en 2009, contre +8,9% en 2008 et +16,7% en 2007). Notons que ces mouvements irréguliers peuvent en partie s'expliquer par le calendrier de générisation des médicaments, lié aux délais d'expiration irréguliers des brevets.

Les ventes des principes générables augmentent très sensiblement par rapport à 2008 (+184,1%). Cette évolution spectaculaire tient à un effet champ : de nombreux médicaments⁵ classés dans

tableau 3 ● Caractéristiques du marché du médicament remboursable en 2008 et en 2009 selon le statut du médicament

	Génériques (a)	Principes générables (b)	Autres (c)	Total remboursables (a+b)
Nombre de présentations				
- en 2008	3 124	630	3 464	7 218
- des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	3 033	910	3 103	7 046
- en 2009	3 818	939	3 302	8 059
Chiffre d'affaires (en Mds €)				
- en 2008	2,1	1,6	15,2	18,9
- en 2008 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	2,0	5,0	11,6	18,7
- en 2009 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	2,1	4,3	12,3	18,7
- en 2009	2,3	4,5	12,5	19,3
Parts de marché (en %)				
- en 2008	11,0	8,4	80,6	100
- en 2008 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	10,9	26,9	62,1	100
- en 2009 des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	11,3	23,1	65,6	100
- en 2009	12,0	23,2	64,7	100
Évolution 2008-2009 en %				
- du chiffre d'affaires global	12,5	184,1	-17,8	2,5
- du chiffre d'affaires des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	3,6	-14,0	5,8	0,2
Contribution à la croissance en points de %				
- du chiffre d'affaires global	1,4	15,5	-14,3	2,5
- du chiffre d'affaires des présents en 2008 et 2009 (classification 2009)	0,4	-3,8	3,6	0,2

Note de lecture • On décompte en première ligne le nombre de présentations mises sur le marché en 2008 (soit 3 124 génériques en 2008 pour un marché total de 7 218), en deuxième ligne, le nombre de celles mises sur le marché les deux années 2008 et 2009, sont exclues de ce décompte les présentations retirées du marché en 2009 ou introduites sur le marché en 2009, dans cette ligne les présentations sont classées en génériques, principes et autres selon la classification en vigueur en 2009 (soit 3 033 génériques en 2009 pour un marché total de 7 046) et en troisième ligne le nombre de celles mises sur le marché en 2009 (soit 3 818 génériques en 2009 pour un marché total de 8 059).

Sources • GERS, AFSSAPS, traitement DREES.

5 • Représentant 3,9 Mds de chiffre d'affaires en 2009 et 4,3 Mds en 2008.

la catégorie «autres» en 2008 sont passés dans la catégorie «princeps génératicables» en 2009.

La très forte croissance du poste «princeps génératicables» entre 2008 et 2009 s'explique par l'intégration dans le répertoire des médicaments génériques de molécules réalisant des chiffres de vente très élevés, notamment clopidogrel (antiagrégants plaquettaires), olanzapine (antipsychotique), irbesartan, valsartan (antihypertenseurs), montelukast (antiasthmatique), valaciclovir (antiviral Herpes virus) dont les chiffres d'affaires annuels dépassent 100 millions d'euros, mais dont l'évolution est plutôt négative. Il faut souligner que les génériques de ces molécules ont obtenu une AMM en 2009, et ont fait l'objet d'une inscription dans le répertoire des médicaments génériques. Néanmoins, aucun d'entre eux n'a été commercialisé sur 2009. Ce décalage temporel entre inscription au répertoire et commercialisation des génériques explique l'écart entre la crois-

sance du chiffre d'affaires des princeps génératicables (+184,1%) et celle des génériques (+12,5%). Cet élargissement du répertoire des génériques représente ainsi un potentiel d'économies important pour les années à venir.

En 2009, ce sont les médicaments dont la commercialisation date de moins de 5 ans, représentant en valeur environ un cinquième du marché total du médicament remboursable, qui contribuent le plus à la croissance du marché du médicament remboursable, à hauteur de + 3,8 points. À l'inverse, les médicaments de plus de 10 ans, représentant plus de la moitié du marché, contribuent négativement à la croissance (tableau 4).

L'analyse des 10 classes thérapeutiques ayant la plus forte croissance de leur chiffre d'affaires entre 2008 et 2009 confirme l'impact majeur de l'innovation⁶ sur la croissance des dépenses

tableau 4 ● Âge des produits et contribution à la croissance 2009 des médicaments remboursables

	Moins de 5 ans (a)	Entre 5 et 10 ans (b)	Entre 10 et 20 ans (c)	Plus de 20 ans (d)	Total remboursables (a+b+c+d)
Nombre de présentations					
- en 2008	1 877	1 283	2 090	1 968	7 218
- en 2009	2 055	1 432	2 386	2 186	8 059
Chiffre d'affaires (en Mds €)					
- en 2008	4,5	5,3	5,3	3,8	18,9
- en 2009	4,1	5,2	5,8	4,1	19,3
Parts de marché (en %)					
- en 2008	23,7	28,1	28,3	19,9	100
- en 2009	21,4	27,0	30,1	21,4	100
Évolution 2008-2009 en %					
- du chiffre d'affaires global	-7,4	-1,7	9,3	10,4	2,5
Contribution à la croissance en points de %					
- du chiffre d'affaires global *	-1,7	-0,5	2,6	2,1	2,5
- du chiffre d'affaires global (classification 2009)**	3,8	0,9	-2,3	0,1	2,5
Note de lecture • On décompte première ligne le nombre de présentations mises sur le marché en 2008 (soit 1 877 de moins de 5 ans en 2008), deuxième ligne le nombre de celles mises sur le marché en 2009 (soit 2 055 de moins de 5 ans en 2009).					
* Pour cette ligne, le mode de calcul est le suivant: contribution à la croissance des moins de 5 ans = [chiffre d'affaires 2009 des moins de 5 ans en 2009] - [chiffre d'affaires 2008 des moins de 5 ans en 2008)]/[chiffre d'affaires 2008 total des médicaments remboursables en 2008)					
** Pour cette ligne, le mode de calcul est le suivant: contribution à la croissance des moins de 5 ans = [chiffre d'affaires 2009 des moins de 5 ans en 2009] - [chiffre d'affaires 2008 des moins de 5 ans en 2009)]/[chiffre d'affaires 2008 total des médicaments remboursables en 2008). Ce mode de calcul permet d'être à champ constant (aux entrées près des nouveaux médicaments de 2009), contrairement au mode de calcul précédent.					
Sources • GERS, AFSSAPS, traitement DREES.					

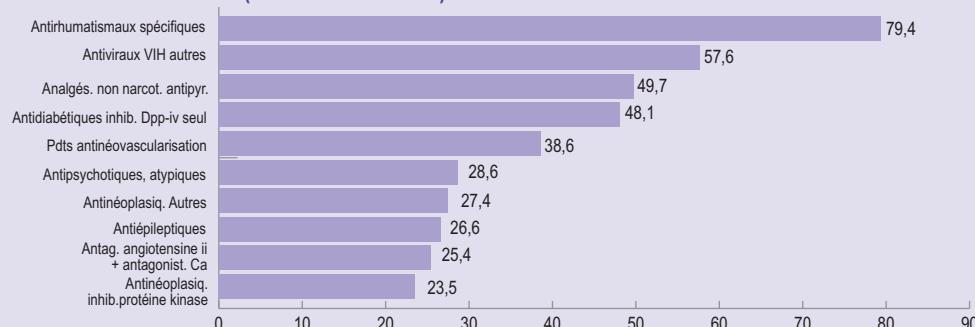
6 • On distingue généralement la véritable innovation – qui ouvre la voie à une nouvelle classe thérapeutique ou au traitement d'une maladie grave – des médicaments dits «me-too» – des molécules dérivées et des nouvelles présentations de substances anciennes. Seul un petit nombre de nouvelles substances, représentant des avancées thérapeutiques notables, est mis sur le marché chaque année. La question de l'innovation pharmaceutique est une préoccupation centrale pour le régulateur qui se trouve en effet tenu, d'une part, de soutenir la dynamique et la compétitivité des industriels et, d'autre part, de maîtriser la croissance des dépenses tout en préservant la qualité des soins et leur accessibilité (Sermet, 2007).

(graphique 1). Pour 5 classes thérapeutiques, la croissance est tirée par des spécialités pharmaceutiques apparues sur le marché depuis moins de deux ans. C'est le cas des médicaments d'antinéovascularisation (indiqués dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge), des nouveaux antirétroviraux (maraviroc, raltegravir) et des antinéoplasiques (lapatinib et nilotinib), de la nouvelle classe thérapeutique des inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4 (DPP-4) indiquée dans le traitement du diabète, ainsi que des nouvelles associations d'antihypertenseurs (inhibiteurs calciques + sartans). Pour 4 autres classes thérapeutiques, les médicaments responsables de la croissance datent de moins de dix ans : antipsychotiques, antinéoplasiques inhibiteurs de tyrosine kinase, antiépileptiques et antirhumatismaux spécifiques (anti TNF alpha).

L'intérêt thérapeutique de ces médicaments récents et moteurs de la croissance des dépenses est très hétérogène par la Commission en termes d'ASMR. Il est ainsi frappant de constater qu'au sein de ce palmarès coexistent des médicaments d'ASMR élevés (antinéoplasiques, antirétroviraux), faibles (inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4), ainsi que des médicaments n'apportant pas d'amélioration du service médical rendu (associations inhibiteurs calciques + sartans notamment).

Si certaines classes d'antihypertenseurs et d'antidiabétiques oraux appartiennent au palmarès des classes dont le chiffre d'affaires a le plus augmenté, d'autres classes à même visée thérapeutique (hypertension et diabète) sont à l'inverse parmi les classes ayant subi la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires entre 2008 et en 2009 (graphique 2). C'est

graphique 1 ● Palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte augmentation de leur chiffre d'affaires (en millions d'euros) entre 2008 et 2009



Sources • GERS, traitement DREES.

graphique 2 ● Palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte baisse de leur chiffre d'affaires (en millions d'euros) entre 2008 et 2009



Sources • GERS, traitement DREES.

le cas pour les IEC seuls dans l'hypertension, et pour trois classes d'antidiabétiques oraux: sulfa-mides, glitazones et associations glitazones + biguanides. Ces évolutions contrastées des chiffres d'affaires au sein d'un même domaine thérapeutique suggèrent la possibilité de glissements de prescriptions de classes plus anciennes, le plus souvent génériquées, vers des classes plus récentes.

La commercialisation des génériques, ainsi que les mesures incitant à leur utilisation, expliquent les fortes baisses du chiffre d'affaires au sein de la classe des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, antiandrogènes cytostatiques, inhibiteurs de la pompe à protons et antirhumatismaux non stéroïdiens.

Bibliographie

- Bernardet S., Collet M. (2004): «L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires», *Études et Résultats*, n° 303, avril 2004, DREES.
- Collet M., de Kermadec C. (2009): «Les revenus des titulaires d'officine entre 2001 et 2006», *Études et Résultats*, n° 703, septembre 2009, DREES.
- Grandfils N. (2007): «Fixation et régulation des prix des médicaments en France», *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Fournier P., Lomba C. (2007): «Petit commerce, grande dépendance. Les pharmacies entre pouvoirs publics et industriels», *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Lancry P.-J. (2007): «Médicament et régulation en France», *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Nouguez E. (2007): «La définitions des médicaments génériques: entre enjeux thérapeutiques et économiques. L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons», *Revue française des Affaires sociales*, n° 3-4 juin-décembre 2007.
- Thao-Khamsing W. (2009): «Le marché du médicament remboursable en 2008», *Études et Résultats*, n° 729, mai 2010, DREES.

Glossaire

Médicament: un médicament désigne toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques (article L. 511 du Code de la santé publique).

Classe thérapeutique: une classe thérapeutique est un groupe de produits traitant de pathologie similaire. La classification EPHMRA (European Pharmaceutical Marketing Research Association), qui a été utilisée, autorise quatre niveaux d'analyse. Les médicaments sont classés selon leurs lieux d'action (organes ou groupes d'organes, 1^{er} niveau), les indications thérapeutiques (2^e niveau) et leurs effets pharmacologiques (3^e et 4^e niveaux). Le niveau le plus fruste (niveau 1) ventile les médicaments selon 18 grandes classes déterminées selon la nature des pathologies traitées (pathologies de l'appareil digestif, respiratoire, etc.). La classification EPHMRA 2008 compte 18 groupes principaux de niveau 1 et 401 sous-groupes de niveau 4. 354 concernent les médicaments remboursables en 2008 et 2009: ce sont ces derniers sous-groupes qui sont utilisés dans cet article.

Produit: Un produit est un médicament contenant une ou plusieurs substances actives. Il est vendu sous une dénomination commune, quelles que soient les associations ou les dosages et les formes d'administration. Il est inclus dans une classe de niveau 4.

Présentation: Une présentation désigne chaque association d'un nom de marque avec un dosage, une forme d'administration et son conditionnement. «Efferalgan® 1 g comprimé effervescent par 8», et «Efferalgan® 80 mg poudre effervescent pour solution buvable en sachet par 12» sont, par exemple, deux présentations d'un même produit.

Molécules onéreuses: un certain nombre de médicaments dispensés à l'hôpital dont la liste est définie au niveau national sont remboursés par l'assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) fixés par la tarification à l'activité (T2A) instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le principe de ce financement supplémentaire est de garantir un accès équitable aux médicaments les plus innovants qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du GHS, soit en raison du coût trop élevé de ces produits, soit parce que le nombre de

patients consommant ces médicaments est marginal au sein du GHS. [...] Cette liste contient en 2007 une centaine de principes actifs, notamment des anticancéreux, des dérivés du sang, des médicaments orphelins ou encore certains traitements de la polyarthrite rhumatoïde (Grandfils, 2007).

Médicaments rétrocédés: les pharmacies hospitalières peuvent délivrer à des patients ambulatoires des médicaments non disponibles en pharmacie d'officine. [...] L'arrêté du 17 décembre 2004 a fixé une liste restreinte de spécialités pharmaceutiques autorisées à être vendues au public par les pharmaciens des établissements de santé. Cette liste est arrêtée par le ministère de la Santé sur demande des laboratoires. En septembre 2006, cette liste contenait une centaine de molécules (Grandfils, 2007).

Médicaments génériques: en France, on entend par générique tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées (article L. 5121-1 du Code de la santé publique⁷) que le médicament princeps qu'il copie. La commercialisation du médicament générique est possible dès que le brevet du médicament princeps est échu. La loi du 11 juin 1999 accorde le droit de substitution aux pharmaciens qui leur permet de délivrer des médicaments génériques en remplacement de médicaments de référence (princeps) prescrits, dans le périmètre défini par le répertoire des médicaments génériques.

Répertoire des médicaments génériques: Les spécialités remplissant les conditions pour être spécialité de référence dans un groupe générique déjà existant peuvent être inscrites par décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé au répertoire des groupes génériques dans ce même groupe, jusqu'à ce qu'une autorisation de mise sur le marché soit délivrée pour une spécialité générique de ces spécialités. Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Pour chaque spécialité, sont indiqués: son nom, son dosage et sa forme pharmaceutique, ainsi que le nom du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, et, s'il diffère de ce dernier, le nom de l'entreprise ou de l'organisme exploitant la spécialité, ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient.

7 • La définition française rejette la conception européenne du médicament générique considéré comme « spécialité essentiellement similaire ». Pour autant, tous les pays d'Europe n'ont pas la même définition du générique. Par exemple en Allemagne, la définition du générique repose sur la notion d'équivalent thérapeutique (jumbos-groups). Ainsi les génériques allemands peuvent comporter des principes actifs différents. Par contre, ils doivent nécessairement être équivalents au princeps en termes d'indications thérapeutiques.

Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins

François LÊ et Frédéric TALLET (DREES)

Cet éclairage actualise et complète l'étude présentée l'année dernière dans le rapport sur les comptes de la santé de 2008 : «les disparités départementales des dépenses de santé»¹. En ce qui concerne les soins en ville, l'étude présentée l'année dernière ne portait que sur le champ des personnes affiliées au régime général. Ce champ est élargi ici aux personnes affiliées aux régimes des indépendants (Régime social des indépendants, RSI) et des agriculteurs (Mutualité sociale agricole, MSA). L'étude couvre ainsi 96 % de la population métropolitaine pour ce qui concerne les soins de ville et 100 % de la population pour ce qui concerne les soins hospitaliers de court séjour. La comparaison des disparités de consommation en soins de ville et en soins hospitaliers est complétée par l'analyse des flux de patients entre départements tant pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers.

1 • Aude Expert, François Lê et Frédéric Tallet : « Les disparités départementales des dépenses de santé » dans rapport sur les comptes de la santé de 2008.

Les principales conclusions de l'étude précédente sont confirmées et affinées :

- les disparités départementales et régionales de consommation moyenne par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour sont réduites lorsque l'on tient compte de la structure démographique et de l'état de santé de la population de chaque département. L'intégration dans l'analyse des affiliés du RSI et de la MSA n'a qu'un faible impact sur le classement des différents départements selon leur consommation en soins de ville par habitant. Si la consommation moyenne effective des affiliés de la MSA est supérieure à la moyenne nationale, elle apparaît relativement proche de cette dernière lorsque l'on tient compte des caractéristiques particulières en termes d'âge et d'état de santé des affiliés à la MSA ;
- l'analyse croisée ville/hôpital montre en outre qu'il n'existe pas de relation simple entre consommation en soins de ville et consommation hospitalière de court séjour : les départements pour lesquels la consommation « standardisée »² (une fois prises en compte les caractéristiques démographiques et sanitaires des populations de chaque département) en soins de ville est supérieure à la moyenne nationale n'ont pas les consommations « standardisées » hospitalières les plus faibles, et inversement ;
- une partie des écarts « résiduels » entre départements et régions, une fois prises en compte dans l'analyse les caractéristiques démographiques et sanitaires des populations de chaque département, s'explique pour ce qui concerne les soins de ville par l'importance relative de l'offre médicale. Ce résultat est vérifié pour cinq principales composantes de la dépense en soins de ville (soins de généralistes, soins de spécialistes, soins infirmiers, soins de masseurs-kiné, et consommation de médicaments) ;
- les flux des patients entre départements et régions sont loin d'être négligeables notamment

pour les soins hospitaliers de court séjour et les soins de spécialistes.

Des différences de consommation en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour réduites lorsque l'on tient compte des caractéristiques démographiques et sanitaires de chaque département

L'éventail des consommations moyennes par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour observées dans les quatre-vingt-seize départements métropolitains est large. La consommation moyenne³ s'élève à 960 € en soins de ville⁴ et 630 € en soins hospitaliers de court séjour, avec des disparités importantes selon les départements. Les écarts de consommation moyenne par habitant entre les différents départements se réduisent toutefois lorsque l'on tient compte des caractéristiques démographiques et sanitaires de chaque département. Les consommations standardisées sont en effet moins hétérogènes entre les départements que les consommations observées.

Pour les soins de ville, 18 départements présentent, en haut de l'échelle, une consommation moyenne observée par habitant supérieure à 1 100 €, tandis qu'après prise en compte des facteurs démographiques et sanitaires, il ne reste que 11 départements dont la consommation standardisée par habitant est supérieure à 1 100 €. En bas de l'échelle, 3 départements ont une consommation moyenne observée par habitant inférieure à 800 €, et il n'y en a qu'un dont la consommation moyenne standardisée de soins de

2 • La consommation standardisée moyenne par habitant d'un département est égale à la consommation moyenne qu'il aurait si sa population avait la même composition par sexe et âge et le même état de santé que la population de France métropolitaine. L'état de santé est mesuré par la proportion départementale de personnes en affection de longue durée (ALD) et par un indicateur comparatif de mortalité (ICM).

3 • Les moyennes des consommations par habitant sont pondérées par la population affiliée aux trois régimes d'assurance maladie considérés pour les soins de ville et par l'ensemble de la population résidente pour les soins hospitaliers. Les moyennes sont arrondies à la dizaine d'euros près.

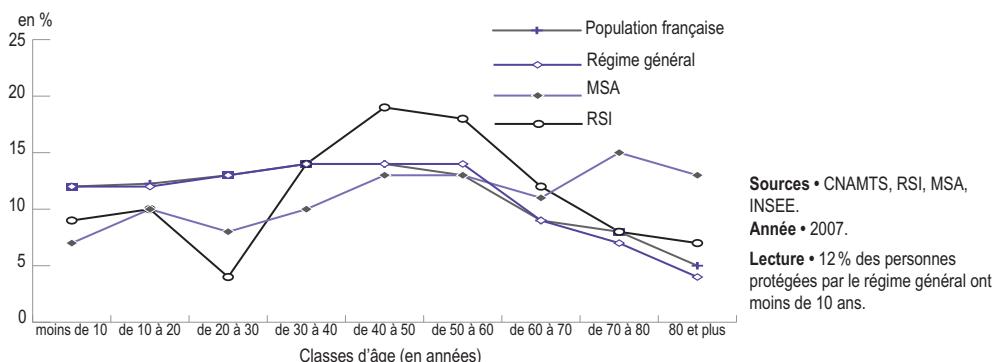
4 • Une fois retirée de l'analyse les honoraires des médecins libéraux en hospitalisation complète.

Les principales caractéristiques des affiliés des trois régimes étudiés (régime général – RG –, régime social des indépendants – RSI – et régime de la mutualité sociale agricole – MSA –)

Le régime général couvrant 86% de la population métropolitaine, sa structure démographique est proche de celle de l'ensemble de la population française (cf. graphique 1). Des écarts existent en revanche entre cette dernière structure et celle des affiliés du RSI et de la MSA :

- à la MSA, soit environ 6% des affiliés de France métropolitaine, les personnes âgées sont nettement plus représentées : les assurés agricoles de 70 à 80 ans sont deux fois plus nombreux que les moins de 10 ans ;
- au RSI, soit environ 5% des affiliés de France métropolitaine, les personnes ayant entre 40 et 60 ans sont sur-représentées au détriment des plus jeunes.

Graphique 1 : Pyramides des âges des trois principaux régimes d'assurance maladie et de la population française



Il n'y a dès lors rien d'étonnant à ce que les consommations moyennes en soins de ville des affiliés des trois régimes diffèrent mais une fois prises en compte les différences de structure démographique (âge et sexe) des populations affiliées aux trois régimes, les écarts de consommation moyenne entre les trois populations se réduisent.

Ainsi, pour les affiliés du régime agricole, qui sont plus âgés que l'ensemble de la population, la consommation moyenne par habitant n'est plus que de 950 € contre 1280 € sans prise en compte des caractéristiques démographiques particulières de ce régime ; soit un niveau légèrement inférieur à celui du régime général (970 €, cf. tableau 1).

Un écart de consommation moyenne subsiste toutefois entre les affiliés du régime général et ceux du RSI : les affiliés du RSI à structure démographique comparable à celle de la population française gardent des dépenses en soins de ville inférieures de 70 € ; soit de 890 € contre 960 € en moyenne pour l'ensemble de la population de France métropolitaine affiliée aux trois régimes.

Tableau 1 : Effet de la standardisation de la consommation en soins de ville selon le régime

	Proportion de la population protégée	Consommation moyenne par personne protégée (en €/ habitant)	
		observée	standardisée par âge et sexe
Régime général	86%	940	970
RSI	5%	890	890
MSA	6%	1280	950

Sources • Cnamts, RSI, MSA, INSEE. Calculs : DREES.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées.

Année • 2007.

Lecture • La consommation moyenne par personne protégée du régime général est de 940 € par an en soins de ville – hors honoraires médicaux des médecins libéraux en hospitalisation privée complète –. À structure d'âge et de sexe comparable à la structure de la population française, la consommation standardisée est de 970 €. Montants arrondis à la dizaine d'euros.

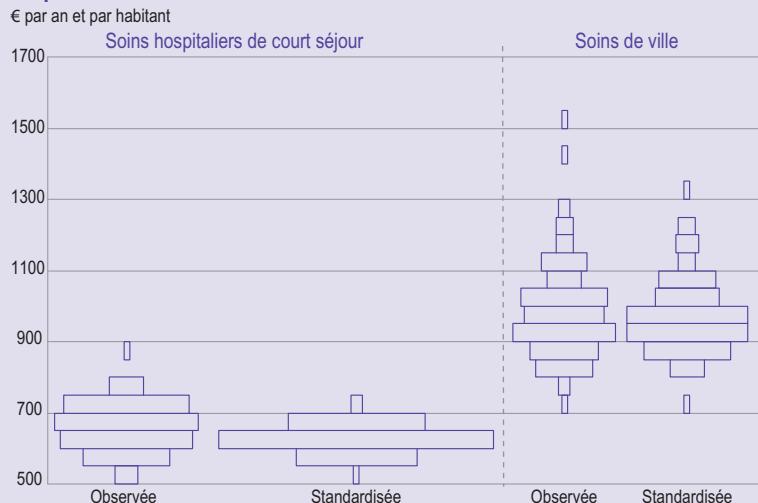
ville est inférieure à ce seuil. Pour les soins hospitaliers de court séjour, la standardisation réduit encore plus les écarts de consommation moyenne entre départements. Alors que 29 départements présentent une consommation moyenne par habitant en soins hospitaliers de court séjour supérieure à 700 €, aucun n'est dans cette situation après standardisation. De même, alors que 4 départements ont une consommation hospitalière inférieure à 550 €, un seul présente une consommation moyenne inférieure à ce seuil après standardisation (cf. graphique 2).

En particulier, **en ce qui concerne les soins de ville**, hors honoraires des cliniques privées (cf. cartes 1a et 1b), de nombreux départements du centre, de l'ouest et du nord de la France ainsi que de l'ouest de l'Île-de-France, qui présentent des consommations observées inférieures à la moyenne nationale, se retrouvent dans la catégorie médiane de consommation par habitant standardisée.

Les départements ruraux comportant une population âgée relativement importante présentent des consommations standardisées en soins de ville inférieures ou proches de la moyenne alors que leurs consommations observées sont nettement supérieures à la moyenne nationale. Bien que d'importantes disparités persistent, les écarts observés à l'intérieur de la métropole sont réduits par la prise en compte des facteurs démographiques et sanitaires territoriaux (cf. tableau 2). Pour une consommation moyenne par habitant observée de 960 € par habitant en soins de ville, le coefficient de variation⁵ de la consommation observée passe de 14,0% à 11,0% en prenant en compte les caractéristiques démographiques et sanitaires.

Comme on l'avait montré dans l'étude de l'année dernière, ces écarts de consommations en soins de ville sont de plus grande amplitude que ceux concernant **les dépenses en soins hospitaliers de court séjour** : une fois standardisée la consomma-

graphique 2 ● Distribution des départements selon leur niveau de consommation de soins par habitant



Sources • CNAMTS, RSI, MSA, INSEE. Calculs : DREES. Année : 2007.

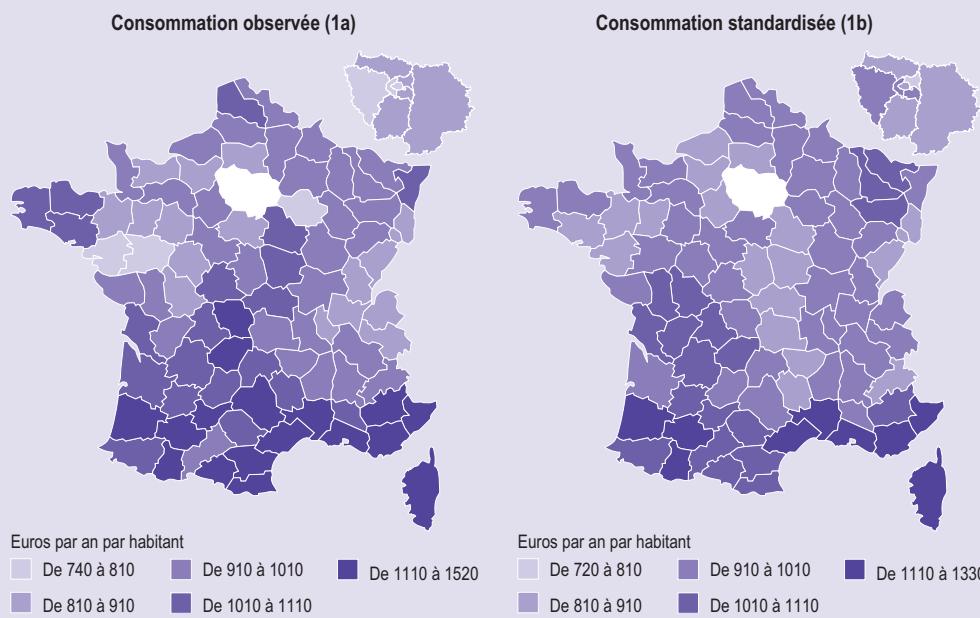
Lecture • En ordonnées, figurent les tranches de consommation moyenne par habitant des départements. La surface de chaque rectangle est proportionnelle au nombre de départements dont la consommation moyenne se situe dans chaque tranche de 50 €.

NB • Pour les soins hospitaliers de court séjour il s'agit d'une consommation moyenne recalculée sur la base des tarifs du secteur public (cf. annexe 1).

5 • La consommation de soins hospitaliers est mesurée par un indicateur, cf. annexe 1.

6 • Le coefficient de variation rapporte l'écart-type de la consommation entre les départements à la moyenne nationale de cette consommation.

carte 1a et 1b ● Consommation de soins de ville par tête dans les départements de France métropolitaine



Sources • CNAMTS, RSI, MSA, INSEE. Calculs: DREES.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et RSI.

Année • 2007.

Lecture • Les départements sont classés en cinq catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations en soins de ville par habitant (960 euros), son amplitude est de 10 % de la consommation moyenne arrondie à la dizaine d'euros (100 euros). Les deux catégories extrêmes regroupent les départements présentant des consommations en soins de ville de 15 % supérieures ou inférieures à la moyenne nationale.

tableau 2 ● Comparaison des disparités observées de consommation de soins de ville et hospitalière en prenant en compte les facteurs démographiques et sanitaires puis l'offre de soins

		Consommations annuelles par habitant	
		observée	standardisée
Soins de ville	Ecart type	134 €	106 €
	Coefficient de variation	14,0%	11,0%
	Min	790 €	730 €
	Max	1 520 €	1 330 €
Soins hospitaliers	Ecart type	63 €	36 €
	Coefficient de variation	9,9%	5,7%
	Min	540 €	560 €
	Max	850 €	760 €

Sources • CNAMTS, RSI, MSA, INSEE, PMSI. Calculs: DREES.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et RSI, soins hospitaliers tous régimes, France métropolitaine.

Année • 2007.

Lecture • La consommation annuelle moyenne observée par habitant de soins de ville a un écart type de 134 € entre les départements, le coefficient de variation associé est de 14,0 %. Lorsqu'on corrige cette consommation observée des facteurs démographiques et sanitaires, le coefficient de variation se réduit à 11,0 %.

tion en soins hospitaliers de court séjour, son coefficient de variation n'est plus que de 5,7%, soit un écart type de 36 euros pour une consommation moyenne nationale de 630 euros par habitant de France métropolitaine.

Une relation entre disparités de consommation de soins de ville et de soins hospitaliers complexe

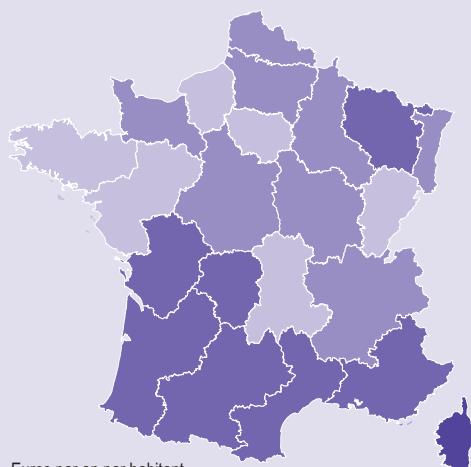
Les cartes 2a et 2b présentent pour chaque région sa classe de consommation standardisée par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour. Presque toutes les régions ont des consommations standardisées par habitant en soins hospitaliers de court séjour égales à 5% près (en plus ou en moins) à la moyenne nationale.

Seules exceptions l'Auvergne et la Bretagne qui ont des consommations en soins hospitaliers de court séjour inférieures de plus de 5% à la consommation nationale moyenne. Certaines régions de l'est de la France, l'Île-de-France et la Corse ont à l'inverse des consommations en soins hospitaliers de court séjour supérieures de plus de 5% à la consommation nationale moyenne. En soins de ville, en revanche, le nombre des régions ayant des consommations supérieures ou inférieures à 5% près de la moyenne nationale est plus important. Ce sont essentiellement les régions du sud du pays qui ont les consommations de soins de ville par habitant les plus élevées.

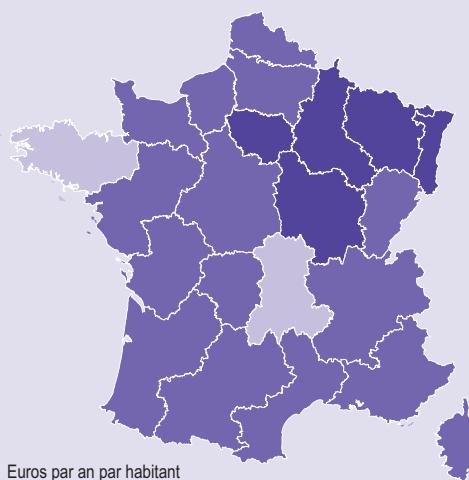
Comme on l'avait noté dans l'étude de l'année dernière, aucune relation simple ne peut être établie entre consommation moyenne par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour au niveau de chaque département et de chaque région.

carte 2a et 2b ● Consommations de soins standardisées par habitant pour les régions de France métropolitaine

Soins de ville (1)



Indicateur de soins hospitaliers en court séjour (2)



Sources • CNAMTS, SNIIRAM, RSI, MSA et PMSI. Calculs : CNAMTS et DREES.

Champ • Consommations en soins de ville hors honoraire des cliniques privées remboursées par le régime général, la MSA et le RSI, rapportées à la population de bénéficiaires des trois régimes et indicateurs de consommations en soins hospitaliers de court séjour tous régimes, rapportés à la population Insee.

Année • 2007.

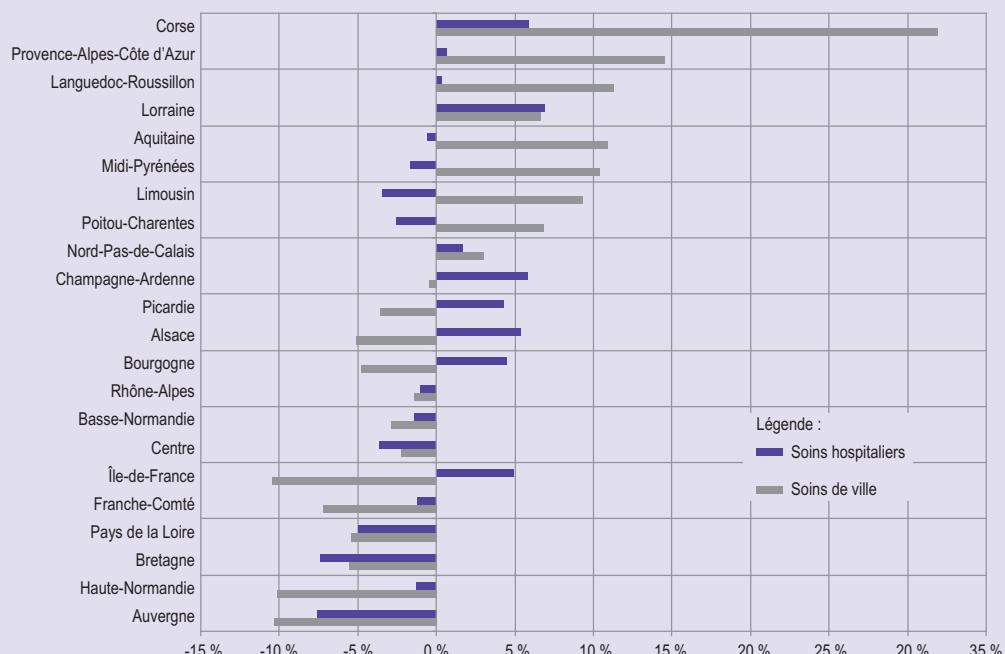
Lecture • Les régions sont réparties en catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations de soins de ville par habitant (960 euros) ou de soins hospitaliers (630 euros), son amplitude est de 10% de la consommation moyenne arrondie à la dizaine d'euros (100 euros pour les soins de ville et 60 euros pour les soins hospitaliers).

Certaines régions ont des consommations standardisées par habitant supérieures à la moyenne nationale, tant en soins de ville, qu'en soins hospitaliers de court séjour, alors qu'à l'opposé d'autres régions présentent à la fois des consommations standardisées par habitant inférieures à la moyenne nationale, tant en soins de ville, qu'en soins hospitaliers de court séjour. De nombreuses régions se retrouvent, cependant, dans une situation intermédiaire, en ayant des consommations standardisées par habitant en soins de ville inférieures (resp. supérieures) à la moyenne nationale mais des consommations standardisées par habitant en soins hospitaliers de court séjour supérieures (resp. inférieures) à la moyenne nationale (*cf.* graphique 3).

Des écarts de consommation moyenne en soins de ville qui s'expliquent aussi par des facteurs d'offre

En dehors des facteurs pris en compte dans la «standardisation» de la consommation moyenne, d'autres éléments explicatifs peuvent aider à analyser les disparités résiduelles. Parmi ceux-ci, le rôle de l'offre a fait l'objet de nombreux travaux économiques au niveau international. Les travaux de Delattre et Dormont⁷ sur données françaises ont ainsi mis en évidence un comportement

graphique 3 ● Écarts régionaux de consommations standardisées en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour à la consommation moyenne nationale respective



Sources • CNAMTS, RSI, MSA, INSEE, PMSI. Calculs : DREES.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et RSI, soins hospitaliers tous régimes, France métropolitaine.

Année • 2007.

Lecture • Écarts en pourcentage à la moyenne nationale en soins de ville, d'une part, et en soins hospitaliers, d'autre part. La consommation annuelle en soins de ville par habitant en Auvergne est inférieure de 10% à la moyenne nationale de consommation en soins de ville et celle en soins hospitaliers de court séjour est inférieure de 8% à la moyenne nationale de consommation en soins hospitaliers par habitant. Les régions sont classées par ordre décroissant de consommation globale en soins de ville et hospitaliers.

7 • Delattre E., Dormont B. (2000), « Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel », *Économie et Prévision*, n° 142.

d'induction de la demande en soins de ville chez les médecins libéraux en secteur I.

Le lien entre offre de soins et consommation est ici exploré pour les cinq principaux postes qui composent les soins de ville: omnipraticiens, spécialistes⁸, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et médicaments. À partir d'une estimation économétrique, on cherche à évaluer l'impact éventuel de l'offre sur la consommation moyenne par habitant de chaque département. Cette analyse est menée en régressant, pour chaque poste, la consommation standardisée par habitant sur la densité de praticiens correspondant (*cf. annexe 2*).

Pour tous les postes, la corrélation entre offre et consommation moyenne de soins de ville est significativement positive. D'ampleur très limitée pour les dépenses de médicaments et pour les soins de spécialistes, ce lien statistique est particulièrement fort pour les soins infirmiers et ceux des masseurs-kinésithérapeutes. Pour ces deux derniers postes, les disparités de consommation standardisées sont fortement réduites en prenant en compte les densités de praticiens libéraux

correspondants, le coefficient de variation passe de 51% à 33% pour les soins infirmiers et de 28% à 19% pour les soins de masseurs-kinésithérapeutes (*cf. tableau 3 et graphique 4*). En supposant que cette relation statistique entre densité et consommation reflète bien un effet d'induction de la demande par l'offre, on peut calculer quelle serait l'ampleur des écarts de consommation résiduels entre départements, si les différentes professions concernées étaient équidistribuées sur l'ensemble du territoire. Pour les masseurs-kinésithérapeutes par exemple, le resserrement des écarts de consommation apparaît dans ce cas notable: l'écart type entre département de consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes qui est de 12 € après standardisation (après prise en compte des caractéristiques démographiques et sanitaires) n'est plus que de 8 €.

Les cartes présentées par Barlet et Collin (2010) dans ce même ouvrage, permettent de comprendre pourquoi les disparités de consommation sont beaucoup plus importantes pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes que pour les autres postes et pourquoi elles se rédui-

tableau 3 ● La réduction des disparités observées de consommation de soins de ville en prenant en compte les facteurs démographiques et sanitaires puis l'offre de soins

Poste de la dépense concernée (densité utilisée pour la prise en compte de l'offre)			Disparités de consommations annuelles par habitant		
			observées	standardisées	avec prise en compte d'un éventuel effet d'offre (densité)
Omnipraticiens	Moyenne 85 €	Écart-type	13 €	11 €	9 €
		Coefficient de variation	14,9%	12,8%	11,7%
Spécialistes	Moyenne 85 €	Écart-type	14 €	14 €	13 €
		Coefficient de variation	17,0%	16,6%	15,7%
Infirmiers	Moyenne 58 €	Écart-type	35 €	28 €	18 €
		Coefficient de variation	61%	51%	33%
Masseurs-kiné.	Moyenne 42 €	Écart-type	14 €	12 €	8 €
		Coefficient de variation	33%	28%	19%
Médicaments	Moyenne 330 €	Écart-type	37 €	31 €	29 €
		Coefficient de variation	11,2%	9,5%	9,3%

Sources • Cnamts, Rsi, MSA, Insee. Calculs : Drees.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et Rsi, France métropolitaine.

Année • 2007.

Lecture • La consommation annuelle moyenne observée par habitant de médicaments a un écart type de 37 € entre les départements, le coefficient de variation associé est de 11,2%. Lorsqu'on corrige cette consommation observée des facteurs démographiques et sanitaires, le coefficient de variation se réduit à 9,5%. En prenant en compte la densité d'omnipraticiens libéraux (praticiens ayant le principal effet sur la consommation de médicaments), le coefficient de variation baisse légèrement à 9,3%.

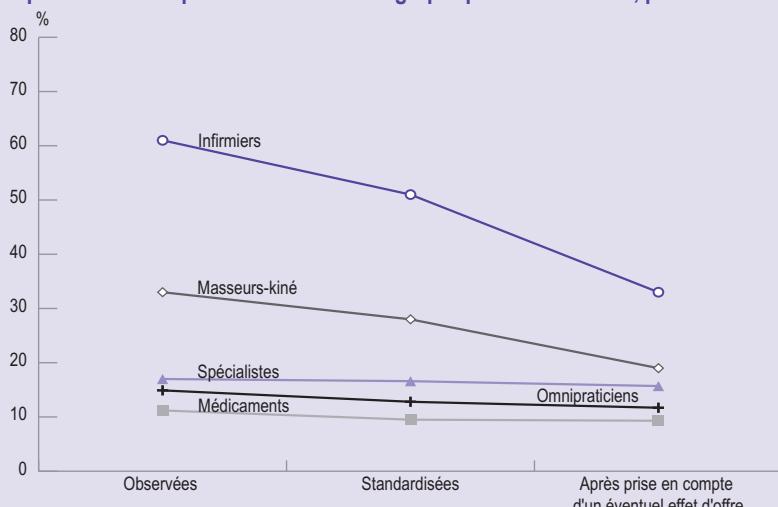
8 • Les honoraires des médecins lors des hospitalisations complètes en cliniques privées ont été retirés du montant de la dépense du poste des spécialistes.

sent fortement lors de la prise en compte d'un éventuel effet d'offre. La répartition nationale des effectifs de ces deux professions de santé est en effet beaucoup plus inégale que celle des médecins généralistes. Le tropisme vers le sud de la France des masseurs-kinésithérapeutes et surtout des infirmiers est sensiblement plus marqué que pour les autres professionnels de santé.

Enfin, il est possible de décomposer les disparités de consommation restantes entre variations

de consommation entre les régions et variation entre les départements d'une même région. Une fois prise en compte l'offre médicale en soins de ville⁹, on peut ainsi noter que, comme pour les soins hospitaliers de court séjour, l'essentiel des disparités «résiduelles» de consommation moyenne par habitant entre régions est imputable aux disparités intra-régionales et non aux disparités interrégionales (à plus de 70% pour les soins de ville comme pour les soins hospitaliers de court séjour, cf. tableau 4).

graphique 4 ● La réduction des disparités observées de consommation par poste de soins de ville en prenant en compte les facteurs démographiques et sanitaires, puis l'offre de soins



Sources • Cnamts, Rsi, MSA, INSEE. Calculs : DREES.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et RSI, France métropolitaine.

Année • 2007.

Lecture • La dispersion de la consommation annuelle moyenne observée par habitant en soins infirmiers présente un coefficient de variation associé à 61 % entre départements. Lorsqu'on corrige cette consommation observée des facteurs démographiques et sanitaires, le coefficient de variation se réduit à 51 %. En prenant en compte la densité d'infirmiers libéraux, le coefficient de variation baisse à 33 %. Les données de ce graphique sont reprises du tableau 3.

tableau 4 ● Décomposition inter et intrarégionale de la variance de consommation standardisée moyenne par habitant en soins de ville et en soins hospitaliers de court séjour

	Soins de ville			Soins hospitaliers	
	observée	standardisée	après prise en compte d'un éventuel effet d'offre	observée	standardisée
Variance interrégions	44%	71%	17%	36%	28%
Variance intra-région	56%	29%	83%	64%	72%

Sources • Cnamts, Rsi, MSA, INSEE, PMSI. Calculs : DREES.

Champ • Soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et RSI, France métropolitaine, soins hospitaliers tous régimes.

Année • 2007.

Lecture • La variance de la consommation standardisée en soins de ville moyenne par habitant des départements se décompose entre variance interrégionale qui représente 71 % de la variance totale de consommation standardisée et variance intrarégionale qui en représente les 29 % restants.

9 • En ne retenant ici que la densité d'omnipraticiens.

Des flux de patients entre départements et régions plus importants pour les soins hospitaliers de court séjour que pour les soins ambulatoires

Comme on l'avait noté dans l'étude de l'année dernière aucun «effet» offre n'a pu être mis en évidence en ce qui concerne les soins hospitaliers de court séjour. Ce manque de relation peut s'expliquer en fait par l'importance des flux de patients entre départements et régions.

Bien que quelques départements connaissent des mouvements de patients importants pour certains

postes de consommation en soins de ville, les mobilités de patients pour ces soins sont sensiblement plus faibles qu'elles ne le sont pour les soins hospitaliers de court séjour. Alors que la mobilité interdépartementale des patients à l'hôpital en court séjour¹⁰ concerne en moyenne 19% des patients, elle se limite à 8% des patients en soins de ville (tableau 5). Des différences notables existent cependant selon le type de soins concerné : les soins réalisés par des spécialistes apparaissent comme ceux générant le plus de mouvements de patients entre départements (13% en moyenne). Pour les omnipraticiens, comme pour les masseurs-kinésithérapeutes, seuls 5% des patients se déplacent à l'extérieur de leur département de résidence pour se faire soigner. Enfin les soins infirmiers ne génèrent que 3% de consommations interdépartementales.

tableau 5 ● Taux de recours aux praticiens ou aux établissements hospitaliers situés dans le département de résidence des patients

Taux de recours intra-départemental	Omnipraticiens	Spécialistes	Infirmiers	Masses - kinés.	Hospit. (publ. et privée)
Moyenne	95%	87%	97%	95%	81%
Minimum	88%	47%	90%	81%	48%
Maximum	98%	98%	99%	98%	97%

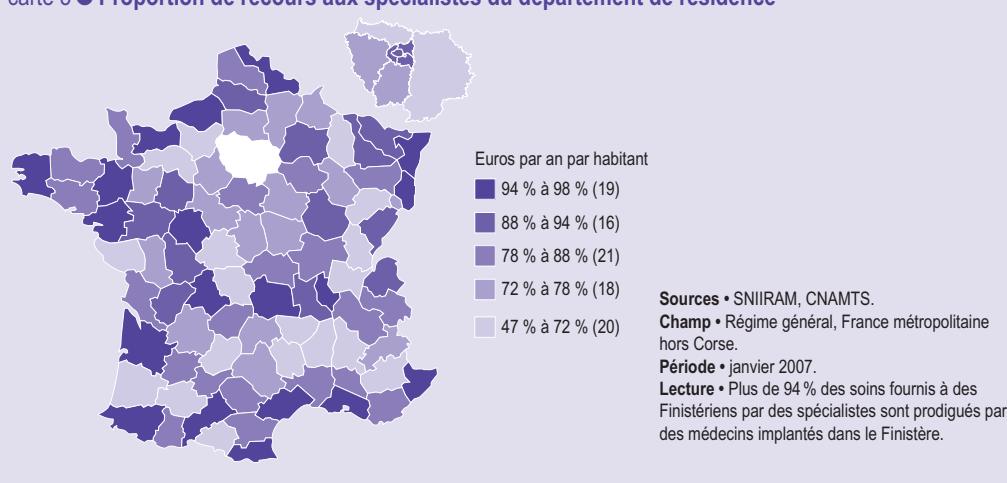
Sources • SNIIRAM, CNAMTS et PMSI pour l'hospitalisation.

Champ • Régime général et tous régimes pour l'hospitalisation, France métropolitaine hors Corse.

Période • janvier 2007 et année 2007 pour l'hospitalisation.

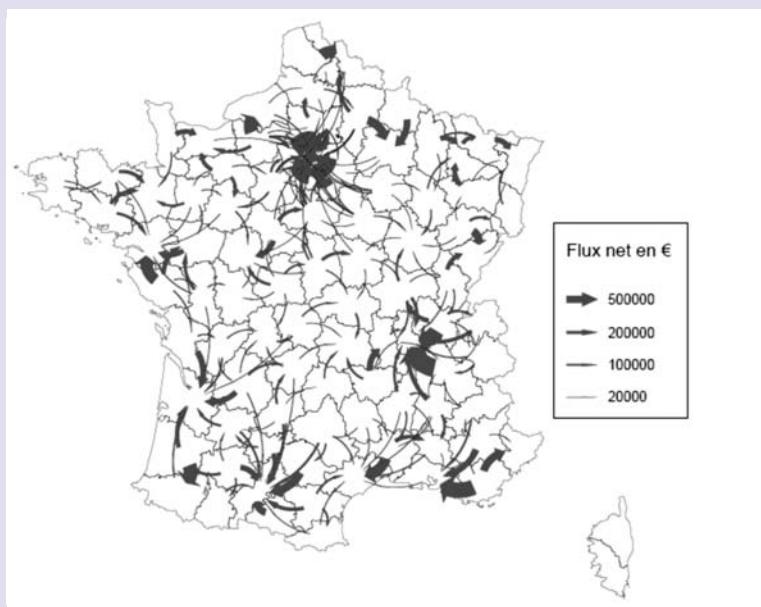
Lecture • En moyenne, 95 % des soins fournis à des habitants d'un département par des omnipraticiens sont le fait de médecins implantés dans ce même département. Les minima et maxima de taux de recours intradépartementaux sont ceux observés pour l'ensemble des départements continentaux.

carte 3 ● Proportion de recours aux spécialistes du département de résidence



10 • Voir Expert, Lê, Tallet (2009) ou Joubert (2000) pour des précisions sur les mouvements de patients pour des soins hospitaliers.

carte 4 ● Flux extra-départementaux de soins de spécialistes



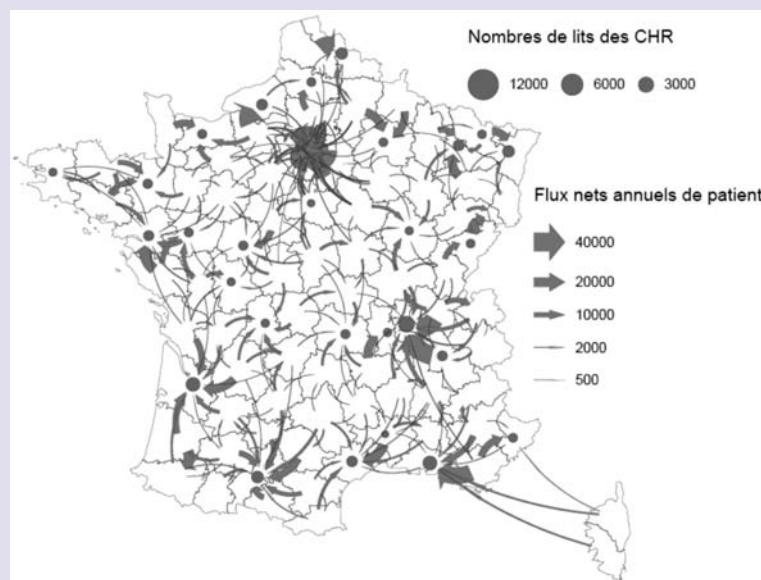
Sources • SNIIRAM, CNAMTS.

Champ • Régime général, France métropolitaine hors Corse.

Période • Janvier 2007.

Lecture • Montant mensuel net – soldes des patients entrants et des patients sortants – des soins de l'ensemble des patients se faisant soigner par des spécialistes implantés hors de leur département de résidence.

carte 5 ● Principaux flux nets de patients en soins hospitaliers de court séjour entre départements et CHR



Sources • PMSI.

Année • 2007.

Ne sont représentés ici que les flux nets – soldes des entrants et des sortants – supérieurs à 500 hospitalisations de court séjour durant l'année.

Pour le poste des consultations et des actes de spécialistes, le plus concerné par les mouvements interdépartementaux, l'analyse révèle des disparités territoriales importantes de mouvements de patients (cartes 3 et 4). Les départements qui possèdent de grandes métropoles urbaines et hospitalières ont des taux de recours intradépartementaux élevés, de 90% environ. À l'inverse, ce sont des départements plutôt ruraux

et disposant d'une offre hospitalière plus limitée qui ont des taux de recours intradépartementaux relativement faibles, entre 50% et 80% pour une quarantaine de départements. On retrouve en fait les mêmes mouvements que ceux constatés pour les soins hospitaliers de court séjour: la venue importante de patients dans les départements où sont situés les grands centres hospitaliers régionaux (carte 5).

Bibliographie

- Balsan D. (2000), «Les disparités interrégionales des dépenses de santé: une analyse à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie en 1997-1998, DREES, *Études et Résultats*, n° 95. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er095.pdf>
- Balsan D. (2000), «Analyse des disparités inter-régionales de consommations de santé», *Document de travail*, DREES.
- Barlet M. et Collin C. (2010), «La localisation des professionnels de santé libéraux», *Comptes nationaux de la santé 2009*, DREES.
- Delattre E., Dormont B. (2000), «Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel», *Économie et Prévision*, n° 142.
- Expert A., Lé F. et Tallet F. (2009), «Les disparités départementales des dépenses de santé», *Comptes nationaux de la santé 2008*, DREES. <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat137.pdf>
- Loi «Hôpital, patients, santé et territoire» du 21 juillet 2009, *Journal officiel*. <http://www.sante-sports.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (2005), «Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé», tome 1.
- Pereira C., Podevin M. et Raynaud D. (2005), «Indicateurs départementaux de consommations de santé», in *Études sur les consommations de santé*, DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1. <http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200501.pdf>
- Point d'information de l'assurance maladie (octobre 2009), «Recours aux soins médicaux: d'importantes différences selon les régions». http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Recours_aux_soins_medicaux__vdef.pdf
- Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2009, annexe 7, *ONDAM et dépense nationale de santé*, p. 34-45. [http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lrss/lrss2009/plrss2009_annexe_7.pdf](http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lrss/lrss2009/2009_plrss_annexe_7.pdf)
- Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2008, annexe 7, *ONDAM et dépense nationale de santé*, p. 30-37. http://www.securite-sociale.fr/chiffres/lrss/lrss2008/plrss08_annexe_7.pdf
- Vallier N., Salanave B., Weill A. (2006), «Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie», *Points de repère*, n° 3, CNAMTS. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-et-cout-des-ald-au-31-10-2004.php>

annexe 1 • Données utilisées

Les données en soins de ville – consommations, variables explicatives de la demande et de l'offre

Les consommations en soins de ville issues des données de la Statistique mensuelle de la CNAMTS, du RSI et de la MSA, sont les remboursements par personne protégée des trois régimes en 2007.

Les écarts de consommation sont analysés à l'aide de plusieurs variables :

- Des variables de structure démographique départementale, classes d'âge et de sexe.
- Deux variables mesurant l'état de santé de la population départementale. l'indicateur comparatif de mortalité (ICM) et un indice synthétique représentant la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) pondéré par les coûts des différentes affections¹¹.
- Des variables d'offre de soins, densités d'omnipraticiens, de spécialistes, d'infirmiers ou de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (ADELI, 2007).

Les données en soins hospitaliers de court séjour – consommations, variables explicatives de la demande

Les données utilisées pour évaluer les consommations en soins hospitaliers de court séjour sont celles contenues dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les données portent sur un champ interrégimes pour l'année 2007. Les consommations d'hospitalisation sont appréhendées à partir d'un indicateur des consommations reconnues en MCO agrégeant les montants des groupes homogènes de soins (GHS), des prestations complémentaires en cas de durée de séjour supérieure au seuil haut (EXH) et des suppléments des établissements ex-dotation globale (DG, publics) et ex-objectif quantifié national (OQN, privés) valorisés avec la tarification du public au 1^{er} mars 2007. Les consommations considérées sont regroupées selon le département de domiciliation du patient. Ces consommations sont rapportées à la population de chaque département telle qu'elle est estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2007.

L'utilisation d'une tarification unique, celle du public, permet de corriger les effets de structure dus à des niveaux relatifs de consommations public/privé différents pour chaque département. En effet, un département dont la consommation hospitalière privée est plus importante qu'en moyenne peut avoir un indicateur de consommation hospitalière bas du seul fait de la différence entre tarification privée et tarification publique. Même si les consommations hospitalières obtenues ne sont pas des consommations réelles, cette méthode permet néanmoins de mettre en évidence les disparités géographiques hospitalières.

Les séjours relevant des activités de dialyse et radiothérapie sont exclus pour les établissements publics afin de travailler sur une base de groupes homogène de malades (GHM) comparables entre le public et le privé. De même, les GHM sans GHS associé ne sont pas retenus. Il peut s'agir de séjours non facturés à l'Assurance maladie (chirurgie esthétique, etc.) ou de séjours classés par erreur sans GHS mais qui se traduisent par une facturation à l'Assurance maladie. Les séjours ou séances de patients des Territoires d'Outre-mer ou de patients domiciliés à l'étranger sont en outre supprimés afin de se rapprocher de la population estimée par l'Insee. Les variables de standardisation de soins hospitaliers sont quasiment les mêmes que pour la consommation en soins de ville (structure par âge de chaque département, ICM et l'indice synthétique représentant la proportion de personnes en ALD pondéré par les coûts des différentes affections), seule la variable sexe n'intervient pas dans la structure démographique.

¹¹ • Cf. Vallier N., Salanave B., Weill A. (2006), « Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie », *Points de repère*, n° 3, CNAMTS.

annexe 2 • Méthodologie d'analyse des disparités de consommation de soins de santé

Afin de tenir compte des caractéristiques démographiques et sanitaires des populations départementales (âge, sexe, importance relative des personnes en ALD, indicateur de mortalité...), les consommations de soins de ville comme de soins hospitaliers sont standardisées, puis corrigées des effets de démographie médicale.

Cette correction passe par la décomposition des consommations de soins c_i par habitant d'un département i en cinq termes :

$$c_i = c_0 + c_{\text{démo},i} + c_{\text{sani},i} + c_{\text{offre},i} + c_{r,i}$$

Le premier terme c_0 , identique pour tous les départements, correspond à la moyenne nationale de la consommation par habitant.

Le deuxième terme $c_{\text{démo},i}$ est la part de la consommation expliquée par la structure démographique. Il est obtenu en retirant de la consommation observée la consommation que l'on observerait dans le département s'il avait la même structure par âge que l'ensemble de la population française :

$$c_{\text{démo},i} = c_i - \sum_k P_k \cdot M_{k,i}$$

sachant que P_k est le pourcentage, au niveau national, de personnes de la tranche d'âge k , $M_{k,i}$ est le montant moyen de consommation par personne pour les patients de la tranche d'âge k et du département i .

Le troisième terme $c_{\text{sani},i}$ est la part de la consommation expliquée par les variables d'état de santé. Il est obtenu en régressant la variable de la consommation corrigée de la structure démographique $c_i - c_{\text{démo},i}$ sur les variables indicateur ALD et ICM. On définit ainsi la consommation standardisée à partir de la consommation observée :

$$c_i = c_{\text{démo},i} + c_{\text{sani},i} + c_{\text{standardisée},i}$$

Le quatrième terme de la décomposition $c_{\text{offre},i}$ est la part de la consommation standardisée expliquée par les variables de densité de praticiens représentant l'offre médicale pour ce qui concerne les soins de ville. Il est obtenu à partir de la régression de la consommation standardisée sur la variable de densité de praticiens médicaux (densité différente selon chaque poste de consommation). Pour les soins hospitaliers, les variables d'offre départementales mobiliées (nombre de lits et places par habitant notamment) ne permettent pas d'expliquer économétriquement au niveau départemental les disparités résiduelles de consommation standardisée. Pour chacun des sous-postes de consommation de soins de ville, les densités de praticiens prodiguant les types de soins correspondant ont été utilisées¹² (densité d'infirmiers libéraux pour les soins infirmiers par exemple).

Le résidu de cette dernière régression constitue le dernier terme $c_{r,i}$. Il représente la part de la consommation départementale par habitant demeurant non expliquée.

¹² Pour le poste des consommations de médicaments, la densité d'omnipraticiens libéraux a été utilisée comme seule variable d'offre. En effet, les contraintes de multicolinéarité entre les variables de densité de praticiens ont conduit à ne retenir qu'une seule variable dans la régression utilisée. Pour les médicaments, la densité d'omnipraticiens libéraux expliquait mieux que les autres variables de démographie médicale les disparités de consommation standardisée.

Fiches thématiques

1.1 • La Consommation de soins et biens médicaux

Avec 175,7 milliards d'euros en 2009, la **Consommation de soins et biens médicaux** (CSBM) constitue l'agréat essentiel des Comptes de la santé. Elle progresse de 3,3% en valeur et de 3% en volume, les prix augmentant de 0,3% par rapport à 2008.

En 2009, la CSBM représente 9,2% du PIB (contre 8,7% en 2008) et 12,4% de la consommation effective des ménages. Le fort accroissement de la part de la CSBM dans le PIB est dû à la décroissance de ce dernier en 2009: -2,1% par rapport à 2008. La CSBM atteint 2724 euros par habitant en 2009.

La structure de la consommation de soins et biens médicaux a un peu évolué au cours de la décennie. Depuis 1995, on observe en effet une nette diminution de la part des soins hospitaliers (de 4,2 points), qui reste toutefois prépondérante puisqu'elle représente 44,4% de la CSBM en 2009. Les progressions les plus dynamiques sont celles des «autres biens médicaux» dont la part a augmenté de 2,2 points depuis 1995 et des médicaments (+1,3 point). La part des soins ambulatoires est en revanche particulièrement stable, à un peu plus de 27% de la CSBM.

Si l'on considère la période 1995-2009, 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 2004 à 2006 ont ensuite vu un net ralentissement de la croissance des dépenses: en 2006, la croissance en valeur a ainsi été de seulement 4%, soit un rythme proche de ceux observés à la fin des années 1990. Après une évolution plus dynamique en 2007 (+4,2%), les années 2008 et 2009 marquent un ralentissement avec une croissance de 3,7% puis de 3,3%.

À l'instar des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers (1,7 point) et les soins ambulatoires (0,8 point) qui ont le plus contribué à la croissance en valeur de la CSBM en 2009, ce qui est lié à leur poids important dans la consommation. Au sein des soins hospitaliers, la contribution la plus forte est celle de l'hôpital public (1,2 point). Viennent ensuite les médicaments avec une contribution de 0,5 point.

En termes de volume, c'est également la consommation de soins hospitaliers qui contribue le plus à la croissance en 2009 (+1,2 point), suivie par les médicaments (+1 point) et les soins ambulatoires (+0,6 point). Ces trois postes représentent 2,8 points de croissance en volume sur un total de 3 points.

L'augmentation des prix des soins et biens médicaux est très faible en 2009: +0,3% après +0,7% en 2008 et +0,8% en 2007. C'est la progression la plus faible enregistrée depuis quinze ans.

En 2009, le prix des soins hospitaliers progresse de 1,1% et celui des soins ambulatoires de 0,8%. Seul le prix des médicaments est, comme les années antérieures, en diminution: -2,6% en 2009, après -2,3% en 2008, -2,5% en 2007 et -3,7% en 2006. Ce sont les plus fortes diminutions enregistrées depuis 1999. 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 4.4 sur le mode de calcul des prix des médicaments*).

DÉFINITIONS

Consommation de soins et biens médicaux

Elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les honoraires des médecins libéraux pour les actes accomplis en hospitalisation privée complète,
- la consommation de soins ambulatoires (ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi les consultations externes des hôpitaux publics, les soins en dispensaire...),
- la consommation de transports de malades,
- la consommation de médicaments et autres biens médicaux.

Elle ne comprend pas les soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements (unités de soins de longue durée – USLD – des hôpitaux et établissements spécialisés).

POUR EN SAVOIR PLUS

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

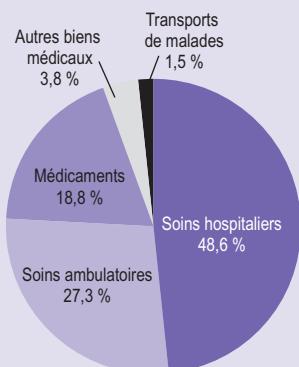
Consommation de soins et biens médicaux (en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	163 970	170 058	175 706
Soins hospitaliers	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 471	75 133	78 002
Secteur public	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 001	57 848	59 962
Secteur privé	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 470	17 285	18 039
Soins ambulatoires	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 908	42 785	45 003	46 836	48 254
Médecins	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 861	20 823	21 570	22 085
Auxiliaires médicaux	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 416	8 855	9 453	10 248	10 982	11 627
Dentistes	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 079	9 395	9 631	9 774
Analyses de laboratoires	2 537	2 659	2 795	2 989	3 294	3 593	3 833	3 974	4 102	4 233	4 348	4 459
Cures thermales	279	286	275	285	288	291	290	290	290	304	305	308
Médicaments	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 637	34 531	35 383
Autres biens médicaux *	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 432	8 968	9 624	10 193	10 476
Transport de malades	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 235	3 364	3 592
Évolution	Valeur	3,6	3,7	4,8	5,7	6,4	6,4	5,1	4,4	4,0	4,2	3,7
de la CSBM	Prix	0,8	0,9	1,1	1,0	2,5	3,0	1,5	1,3	0,7	0,8	0,7
(en %)	Volume	2,9	2,8	3,7	4,7	3,8	3,3	3,6	3,1	3,3	3,4	3,0
												3,0

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

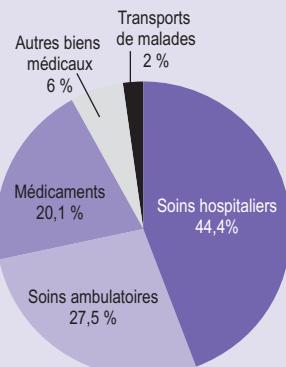
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 1995



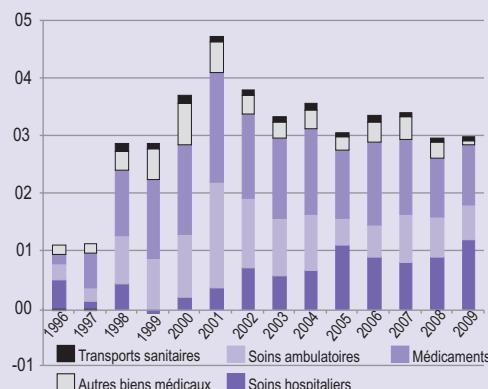
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure de la CSBM en 2009



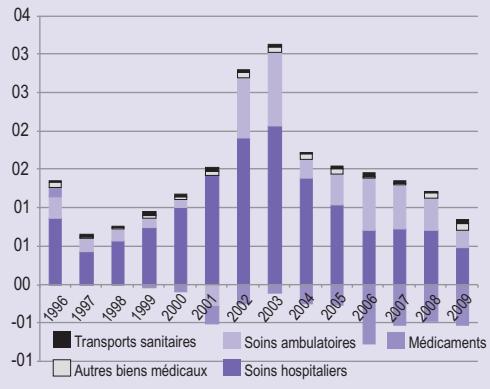
Sources • DREES, Comptes de la santé.

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

Avec 78 milliards d'euros en 2009, le secteur hospitalier (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représente 44,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. La croissance totale des dépenses de ce secteur est de 3,8 % en valeur et 2,7 % en volume en 2009 : +3,7 % en valeur et +2,3 % en volume dans le **secteur public**, +4,4 % en valeur et +3,8 % en volume dans le **secteur privé**.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 60 milliards d'euros. Ce montant ne comprend pas les consultations externes (près de 1,7 milliard d'euros) qui sont comptabilisées avec les soins ambulatoires, ni celle des unités de soins de longue durée, exclues en base 2000 du champ de la santé. 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, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

Cette consommation progresse de 3,7 % en valeur, un peu plus fortement qu'en 2008 (+3,3 %). Cette croissance est toutefois 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 1,3 % en 2009, soit 3,6 points de moins qu'en 2003, année de forte augmentation (+4,9 %). La croissance par rapport à 2008 du volume de la consommation dans le secteur hospitalier public est en conséquence de 2,3 %.

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. L'analyse rétrospective de 2000 à 2007 montre que la méthode antérieure dite de l'input n'introduit pas de biais majeurs. Depuis 2005, l'écart est toutefois un peu plus fort (cf. annexe 4.2).

Dans le secteur privé hospitalier, la consommation de soins s'est élevée en 2009 à 18 milliards d'euros. Elle comprend les honoraires des médecins spécialistes libéraux pour les actes qu'ils accomplissent lors d'hospitalisations complètes. Sa croissance en valeur ralentit par rapport à 2008 : +4,4 % en 2009 après +4,9 % en 2008.

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. En 2007, l'évolution des prix (+0,7 %) reflétait l'augmentation des tarifs des frais de séjour (+0,9 %) et celle des honoraires des médecins spécialistes (+0,2 %). Après une progression de 0,8 % en 2008, la hausse des prix ralentit en 2009, s'établissant à +0,5 % ; c'est le tarif des frais de séjour qui a légèrement augmenté (+0,7 %) tandis que les honoraires restaient quasi stables. La croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix ; elle est de +3,8 % en 2009, contre +4,1 % en 2008. Le principal facteur de croissance des dépenses de soins du secteur privé en 2009 reste la dépense de soins de suite et de réadaptation (SSR), la dépense de soins en maternité-chirurgie-obstétrique (MCO) s'avérant également plus dynamique qu'en 2008.

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, d'anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel et quelques établissements privés 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 en sus, dispositifs médicaux implantables, forfaits annuels.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

Consommation de soins hospitaliers (en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 471	75 133	78 002
Évolution (en %)	Valeur	2,1	1,5	2,6	4,0	6,0	6,0	4,7	5,0	3,6	3,5	3,8
	Prix	1,2	1,6	2,1	3,1	4,3	4,6	3,1	2,4	1,6	1,6	1,1
	Volume	0,9	-0,1	0,5	0,8	1,6	1,3	1,5	2,5	2,0	1,8	2,0
Secteur public	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 001	57 848	59 962
Évolution (en %)	Valeur	4,5	2,8	3,1	4,3	5,9	6,1	4,7	4,6	3,5	3,2	3,7
	Prix	1,3	2,2	2,6	3,5	4,6	4,9	3,2	2,3	1,8	1,9	1,3
	Volume	3,1	0,6	0,5	0,8	1,3	1,1	1,5	2,3	1,7	1,3	2,3
Secteur privé	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 470	17 285	18 039
Évolution (en %)	Valeur	-5,0	-2,7	1,1	2,8	6,0	5,6	4,7	6,0	4,1	4,4	4,4
	Prix	0,7	-0,4	0,5	1,9	3,2	3,5	3,0	2,7	1,0	0,7	0,8
	Volume	-5,6	-2,3	0,6	0,9	2,7	2,0	1,6	3,2	3,1	3,7	4,1

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 2009 (en milliards d'euros)

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés	Total	Total ONDAM hospitalier
ODMCO (1)	33,98	9,68	43,65	70,0
MIGAC	7,60	0,08	7,68	
ODAM (2)	15,46		15,46	
OQN psy-ssr (3)		2,24	2,24	
Total	57,03	12,00	69,03	
Autres (4)	n.d.	n.d.	n.d.	

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

(2) Pour hôpitaux publics uniquement: hôpitaux locaux, USLD, psychiatrie, SSR.

(3) Pour hôpitaux privés uniquement.

(4) Pour hôpitaux publics: FMESPP, conventions internationales, établissements hors territoire pour hôpitaux privés : FMESPP, conventions internationales, USLD, établissements non conventionnés.

Sources • Rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, rapport CCSS, juin 2010.

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 nationaux 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 nationaux, les dépenses sont en outre comptabilisées selon leur nature et non selon leur lieu d'exécution: les soins hospitaliers du secteur public ne comprennent pas les consultations externes ni les dépenses des USLD, et les soins du secteur privé incluent les honoraires des professionnels de santé en hospitalisation complète.

Au total, les Comptes de la santé évaluent les dépenses de soins hospitaliers remboursées par l'Assurance maladie à 70,5 milliards d'euros (cf. fiche 4.3), dont 55,6 milliards pour le secteur public et 14,9 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 2,8 % selon l'ATIH, tandis que l'évolution des dépenses dans le secteur privé était de 3,6 %. Le partage volume-prix est rendu délicat en 2009 en raison de la mise en place de la nouvelle classification utilisée dans le PMSI (version V11); l'ATIH a estimé l'effet de structure (cf. Annexe 4) causé par cette mise en place à 2 points de croissance.

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 2008, dernière année connue, on dénombre 2 784 établissements disposant de capacités d'accueil :

- 983 établissements publics;
- 754 établissements privés à but non lucratif;
- 1 047 établissements privés à but lucratif.

Dans les disciplines dites de court séjour (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle augmentent nettement en 2008 par rapport à 2007 (+7,9 %), alors qu'elles reculent de 1,3 % en hospitalisation complète.

En psychiatrie, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle évoluent légèrement depuis 2003; en 2008, la hausse est de 2,1 %. En hospitalisation complète, les capacités continuent de diminuer dans les établissements publics alors qu'elles augmentent dans les établissements privés à but non lucratif et restent stables dans les cliniques privées.

En **SSR**, le nombre de lits continue à croître dans l'ensemble des établissements: +1,8 % en 2008 après des hausses de 2,8 % en 2006 et 1,9 % en 2007. 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: +7,4 % en 2008 après +15,8 % en 2007.

Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil reculent nettement en 2008 (8,9 %), à l'hôpital public, mais plus encore dans le secteur privé à but non lucratif.

En 2008, le nombre d'**emplois médicaux** dans les établissements de santé s'établit à 172 000, en hausse de 0,8 % par rapport à 2007. Dans le secteur public qui concentre près des deux tiers de ces emplois, les effectifs (médecins salariés et internes) continuent de croître en 2008: +1,5 % en équivalents temps plein (ETP). La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans les établissements publics et les cliniques privées, alors que le nombre des professionnels libéraux y diminue. À l'inverse, les emplois salariés sont en légère baisse

dans les établissements privés à but non lucratif, où les professionnels libéraux sont plus nombreux qu'en 2007.

En 2008, le personnel non médical des établissements de santé représente un million d'emplois salariés (soit 4,5 % de l'emploi salarié en France métropolitaine) et 996 000 ETP, dont les quatre cinquièmes sont occupés par des femmes. Avec sept ETP sur dix, le **personnel soignant** représente le cœur de métier de l'hôpital. Les trois quarts des ETP non médicaux (756 000 ETP fin 2008) sont situés dans des hôpitaux publics, le reste se partageant de manière égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées. Les infirmiers représentent environ 30 % des ETP non médicaux dans les établissements publics comme dans ceux du secteur privé. Par contre, le personnel médico-technique, spécialisé dans la manipulation d'appareils techniques ou dans l'analyse de prélevements, est plus présent dans le secteur public ou privé à but non lucratif (centres de lutte contre le cancer en particulier) que dans les cliniques privées. Depuis 1997, les ETP non médicaux ont augmenté dans les hôpitaux publics à un rythme deux fois supérieur (+1,8 % par an) à celui des établissements de santé privés (+0,9 % par an).

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, dentistes, pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et les faisant fonction d'internes (FFI) ainsi que les diplômés interuniversitaires de spécialités (DIS) qui sont en formation.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

«Les établissements de santé: un panorama pour l'année 2008», *Études et statistiques*, DREES, à paraître.

«Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009», D. Sicart, *Document de travail*, série Statistiques, n° 131, DREES, avril 2009.

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

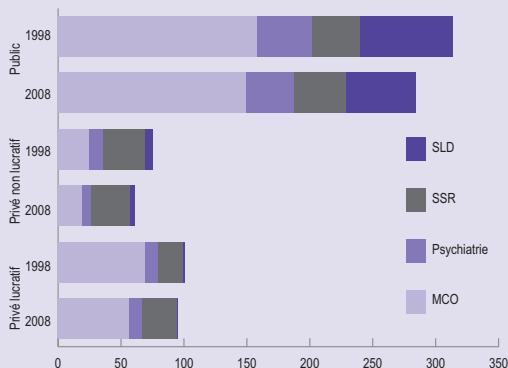
Capacité des établissements hospitaliers au 31 décembre 2008

	MCO (courte durée)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	TOTAL	Part en %
Hospitalisation complète (en lits)	223 467	57 141	98 000	61 819	440 427	100,0
Secteur public	149 063	38 404	40 521	56 152	284 140	64,5
Secteur privé à but non lucratif	18 619	7 697	30 361	4 755	61 432	13,9
Secteur privé à but lucratif	55 785	11 040	27 118	912	94 855	21,5
Hospitalisation partielle (en places)	23 314	27 715	7 500		58 529	100,0
Secteur public	11 232	22 288	2 185		35 705	61,0
Secteur privé à but non lucratif	2 190	4 839	3 482		10 511	18,0
Secteur privé à but lucratif	9 892	588	1 833		12 313	21,0

Champ • France métropolitaine et Dom.

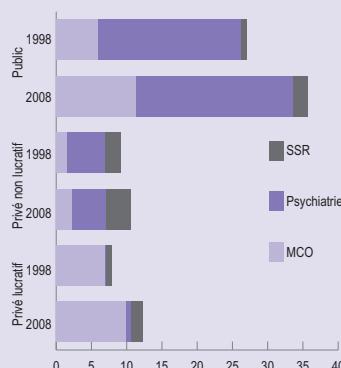
Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

Évolution du nombre de lits de 1998 à 2008 selon le statut de l'établissement



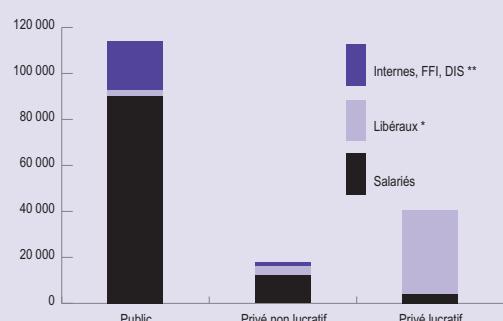
Sources • DREES, SAE 1998 et 2008, données statistiques.

Évolution du nombre de places d'hospitalisation de 1998 à 2008 selon le statut de l'établissement



Sources • DREES, SAE 1998 et 2008, données statistiques.

Personnel médical en 2008



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

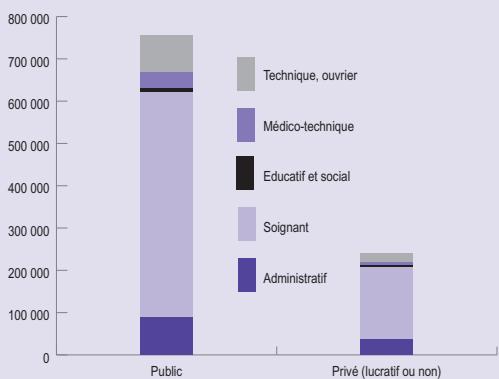
**FFI : faisant fonction d'interne, DIS : diplôme inter-universitaire de spécialités.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Note de lecture • Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Personnel non médical en 2008 (en ETP)



Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

1.4 • L'activité hospitalière

L'activité d'hospitalisation produite par les établissements de santé est mesurée dans la **SAE** en nombre de séjours (entrées pour l'hospitalisation complète ou venues pour l'hospitalisation partielle), ainsi qu'en nombre de journées en hospitalisation complète. D'autres informations relatives à l'activité hospitalière de court séjour (**MCO**) sont disponibles par le biais du **PMSI**, utilisé comme support du financement dans la **T2A** depuis 2004 dans le secteur public et 2005 dans le secteur privé.

En 2008, la SAE a enregistré un peu plus de 25 millions de séjours, soit une hausse de 1 % de la quantité d'activité hospitalière produite par rapport à 2007. Cette hausse résulte d'une hausse de +0,5 % en hospitalisation complète et de +1,5 % en hospitalisation partielle.

L'activité de MCO, mesurée en nombre d'entrées et de venues, est en très légère hausse (environ +0,5 %). À champ constant, c'est-à-dire hors **forfaits SE**, l'hospitalisation partielle est toutefois plus dynamique que l'hospitalisation complète (+1,9 % par rapport à 2007), en lien avec le développement de la chirurgie ambulatoire. En hospitalisation complète, l'évolution est disparate selon la discipline. Le nombre d'entrées augmente en médecine, diminue en chirurgie et varie peu en obstétrique.

En psychiatrie, l'hospitalisation partielle se stabilise (-0,1 %) alors que le nombre de places augmente (+2,1 %). Si l'hospitalisation à temps plein diminue en 2008 dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, elle augmente dans les cliniques privées ; celles-ci représentent 20 % des lits et des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie. La durée moyenne de séjour reste stable, autour de 30 jours. Elle est plus élevée dans les établissements privés (aux alentours de 35 jours) que dans les hôpitaux publics (28,5 jours).

L'activité de soins de suite et de réadaptation augmente depuis plusieurs années, quel que soit le mode d'hospitalisation. Avec 3 millions de séjours en 2008, elle représente 23 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation complète et 16 % des venues en hospitalisation partielle. Le nombre de venues a fortement progressé (+8,7 %), surtout dans les cliniques privées. En hospitalisation complète, on enregistre 30 millions de journées en 2008, soit une hausse de 2 %. La durée moyenne de séjour est globalement stable (32,3 jours).

Enfin, le nombre de journées en soins de longue durée continue à décroître : -8,5 % en 2008. Ce recul

s'explique par la transformation d'unités de soins de longue durée en **EHPAD**. Cette baisse devrait s'interrompre d'ici à 2010. La transformation de la répartition sanitaire-médico-social devait en effet être achevée pour la fin de l'année 2009.

Outre l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, on comptabilise par ailleurs des consultations externes (rattachées aux soins ambulatoires dans les *Comptes de la santé*) ainsi que des traitements et cures ambulatoires, en particulier 5,2 millions de séances de dialyse, 4 millions de préparations de chimiothérapie et 3,6 millions de séances de radiothérapie. Enfin, les urgences ont accueilli quelque 16 millions de passages en 2008.

DÉFINITIONS

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Hospitalisation complète : elle comprend les séjours de plus de un jour.

Hospitalisation partielle : elle concerne les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, ou des séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique.

PMSI : Programme médicalisé du système d'information.

T2A : Tarification à l'activité.

Forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (FSE) : ils concernent un certain nombre d'actes qui, s'ils sont effectués sans anesthésie mais nécessitent tout de même l'utilisation du secteur opératoire ou la mise en observation du patient, sont enregistrés en actes externes (et non plus dans la base des séjours du PMSI). Ils débouchent alors sur une facturation au forfait. L'arrêté sur les forfaits dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE) a été publié le 27 février 2007 dans le but d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage des établissements ; il liste les actes concernés.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

POUR EN SAVOIR PLUS

« L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », S. Arnault, F. Evain, E. Kranklader, I. Leroux, *Études et Résultats*, n° 716, DREES, février 2010.

« La spécialisation des établissements de santé », P. Lombardo, *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre 2008.

Évolution de l'activité hospitalière (venues et entrées) selon le statut juridique

	Entrées ou venues (en milliers)					Taux d'évolution annuel (en %)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Ensemble	23 902	24 650	25 322	24 937	25 184	3,1	2,7	-1,5	1,0
Venues en hospitalisation partielle	12 117	12 884	13 528	13 050	13 243	6,3	5,0	-3,5	1,5
Secteur public	6 967	7 235	7 451	7 283	7 313	3,9	3,0	-2,2	0,4
Secteur privé à but non lucratif	2 267	2 317	2 357	2 347	2 421	2,2	1,7	-0,4	3,1
Secteur privé à but lucratif	2 883	3 331	3 720	3 420	3 509	15,5	11,7	-8,1	2,6
Entrées en hospitalisation complète	11 785	11 766	11 794	11 886	11 941	-0,2	0,2	0,8	0,5
Secteur public	6 964	7 078	7 180	7 306	7 403	1,6	1,4	1,8	1,3
Secteur privé à but non lucratif	1 142	1 142	1 151	1 152	1 177	0,0	0,8	0,1	2,1
Secteur privé à but lucratif	3 679	3 546	3 463	3 428	3 361	-3,6	-2,4	-1,0	-1,9

Champ • France métropolitaine et Dom.

Sources • DREES-DHOS, PMSI-MCO 2004 à 2008, données statistiques ; DREES, SAE 2004 à 2008, données statistiques.

Évolution de l'activité hospitalière (venues, entrées et journées) selon la discipline

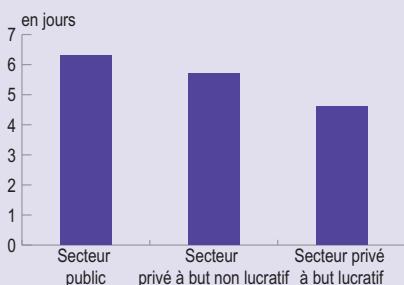
						Taux d'évolution annuel (en %)			
	2004	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Venues en hospitalisation partielle	12 117	12 884	13 528	13 050	13 243	6,3	5,0	-3,5	1,5
MCO	5 577	6 201	6 632	5 967 (*)	5 994 (*)	11,2	7,0	-10,0 (*)	0,5 (*)
Psychiatrie	5 015	5 021	5 086	5 158	5 155	0,1	1,3	1,4	-0,1
Soins de suite et réadaptation	1 525	1 663	1 810	1 926	2 094	9,0	8,9	6,4	8,7
Entrées en hospitalisation complète	11 785	11 766	11 794	11 886	11 941	-0,2	0,2	0,8	0,5
MCO	10 261	10 229	10 250	10 314	10 352	-0,3	0,2	0,6	0,4
Psychiatrie	635	636	630	627	623	0,1	-0,9	-0,6	-0,6
Soins de suite et réadaptation	846	862	876	909	931	1,8	1,7	3,8	2,5
Soins de longue durée	43	40	38	36	34	-6,1	-5,5	-4,5	-4,4
Journées en hospitalisation complète	135 691	134 000	132 231	131 986	130 454	-1,2	-1,3	-0,2	-1,2
MCO	61 667	60 765	60 165	59 855	59 753	-1,5	-1,0	-0,5	-0,2
Psychiatrie	18 788	18 779	18 649	18 580	18 591	-0,1	-0,7	-0,4	0,1
Soins de suite et réadaptation	27 953	28 538	28 959	29 500	30 102	2,1	1,5	1,9	2,0
Soins de longue durée	27 283	25 919	24 459	24 052	22 007	-5,0	-5,6	-1,7	-8,5

(*) Jusqu'en 2006, l'hospitalisation partielle en MCO a connu un développement considérable. En 2007, les modifications du codage des prises en charge – liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) – ont eu pour effet de conduire à une baisse apparente très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006. En 2008, on constate une stabilisation de l'hospitalisation partielle par rapport à 2007. À champ constant, c'est-à-dire hors forfaits SE, l'hospitalisation partielle en MCO augmente de 1,9 % par rapport à 2007.

Champ • France métropolitaine et Dom.

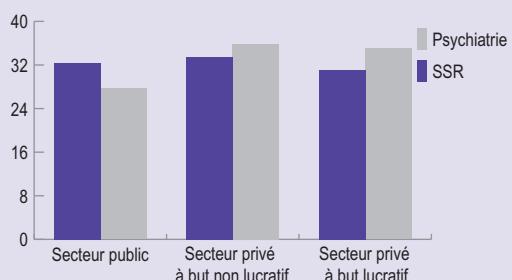
Sources • DREES-DHOS, PMSI-MCO 2004 à 2008, données statistiques ; DREES, SAE 2004 à 2008, données statistiques.

Durée moyenne de séjour en MCO en 2008



Sources • DREES-DHOS, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

Durée moyenne de séjour en SSR et en psychiatrie en 2008



Sources • DREES-DHOS, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

1.5 • La consommation de soins de médecins

En 2009, la consommation de **soins de médecins** s'élève à 22 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 2,4 %. Après une légère baisse en 2006, le volume des soins de médecins progresse à nouveau: de 1,4 % en 2007, de 1,9 % en 2008 et de 2,2 % en 2009.

En l'absence de revalorisation tarifaire, l'augmentation du prix des soins de médecins ralentit pour la deuxième année consécutive: +0,2 % en 2009 après +1,6 % en 2008. Cette faible évolution fait suite à deux années de forte croissance des prix, 2006 et 2007, au cours desquelles plusieurs effets s'étaient cumulés :

- une revalorisation des honoraires des omnipraticiens (le prix de la consultation était passé à 21 € en août 2006 et à 22 € en juillet 2007);
- le développement de la part des forfaits dans la rémunération des médecins (rémunération du médecin traitant pour les omnipraticiens, ou encore rémunération forfaitaire au titre des gardes et astreintes);
- la création en 2005 de la classification commune des actes médicaux (CCAM) qui a remplacé progressivement l'ancienne nomenclature générale des activités professionnelles (NGAP) basée sur les lettres clés. Dans la plupart des cas, ce changement de nomenclature s'était traduit par des hausses de tarifs;
- l'évolution de la part des dépassements dans les honoraires: le montant moyen des dépassements par médecin autorisé à les pratiquer a en effet progressé ces dernières années, notamment chez les spécialistes.

La progression des prix en 2008 (+1,6 %) s'expliquait essentiellement par l'effet en année pleine de la revalorisation de la consultation de généraliste en juillet 2007 et par la revalorisation en 2008 de certains tarifs de spécialistes. En 2009, cet effet disparaît. La hausse des dépassements reste le seul facteur de hausse; elle connaît un ralentissement en 2008, puis une légère reprise en 2009.

A contrario, les facteurs de croissance des volumes se maintiennent:

- augmentation du nombre global des actes;
- déformation de sa structure avec une croissance plus forte de l'activité des spécialistes par rapport aux généralistes.

La CNAMTS note toutefois un ralentissement de la croissance des volumes de consultations de spécialistes, dû en partie à la pénalisation accrue des

assurés ne respectant pas le parcours de soins (passage préalable par le médecin traitant) qui est entrée en application le 2 septembre 2007: le ticket modérateur est désormais majoré de 25 %, le taux de remboursement passant de 60 % à 50 % en ce cas. La pénalisation hors parcours de soins a été alourdie en 2009, le taux de remboursement étant désormais abaissé à 30 %.

Au total, l'évolution des honoraires moyens hors dépassements des médecins en activité complète et exclusivement libérale a nettement ralenti en 2008-2009, pour les généralistes comme pour les spécialistes. En effet, le taux d'évolution des honoraires hors dépassements des omnipraticiens a progressé de 1,3 % en 2008 et 1,4 % en 2009 contre +4,6 % en 2007; de même, celui des médecins spécialistes a ralenti, passant de +3,4 % en 2007 à +2,7 % en 2008 et +1,6 % en 2009.

Notons toutefois que les revenus des médecins libéraux comprennent d'autres ressources que leurs seuls honoraires (notamment d'éventuels revenus salariés), mais sont par ailleurs diminués d'un certain nombre de charges acquittées par les praticiens (frais de gestion, amortissements...).

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.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », fiche 10-1 « Bilan financier de la CCAM », juin 2010.

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

« Le revenu global d'activité des médecins ayant un revenu libéral », K. Attal-Toubert, H. Fréchou et F. Guillaumat-Tailliet, DREES, 2009.

Consommation de soins de médecins

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consommation totale (en millions €)	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 861	20 823	21 570	22 085
Évolution (en %)												
Valeur	3,7	3,7	3,9	3,1	6,8	6,7	3,0	3,2	4,2	4,8	3,6	2,4
Prix	1,0	0,6	0,6	0,6	6,2	5,4	1,1	2,7	4,6	3,4	1,6	0,2
Volume	2,6	3,1	3,3	2,5	0,6	1,3	1,9	0,5	-0,4	1,4	1,9	2,2

Sources • DREES, Comptes de la Santé.

Part des dépassements dans les honoraires des médecins libéraux*

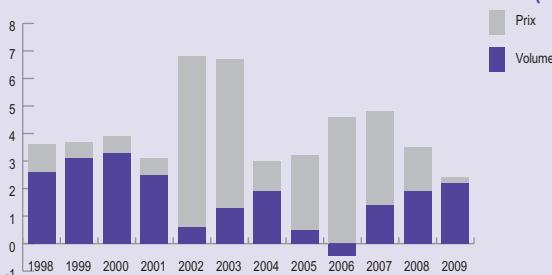
	2006	2007	2008	2009
Généralistes				
Honoraires totaux (millions €/an)	7 647	8 004	8 097	8 190
Évolution en %		4,7	1,2	1,1
Dépassements (millions €/an)	364	362	367	358
Évolution en %		-0,4	1,3	-2,4
Part des dépassements (en %)	4,8	4,5	4,5	4,4
Spécialistes				
Honoraires totaux (millions €/an)	11 709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

* Honoraires remboursables des médecins libéraux (France métropolitaine).

Champ • Honoraires des médecins y compris honoraires perçus lors d'hospitalisations complètes en clinique privée, hors consultations externes des hôpitaux publics.

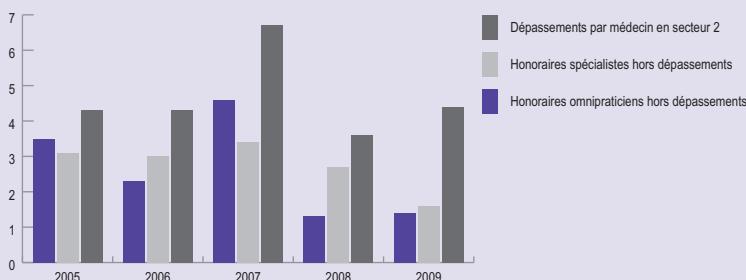
Sources • CNAMTS – SNIR, calculs DREES.

Évolution de la consommation de soins de médecins (en %)



Sources • DREES, Comptes de la Santé.

Évolution des honoraires moyens des médecins libéraux APE * (en %)



* APE : activité à part entière

Sources • CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

1.6 • Les effectifs de médecins

Au 1^{er} janvier 2009, on compte plus de 209 000 médecins en France métropolitaine et 4 700 dans les DOM dans le répertoire **ADELI**. Les médecins libéraux et mixtes (au nombre de 122 000 en France métropolitaine) représentent 58,5 % de l'ensemble des médecins. Ce pourcentage diminue au fil des ans : il était de 60 % en 2000.

Entre 2000 et 2009, dans le **SNIR**, la part des effectifs d'omnipraticiens dans l'ensemble des médecins libéraux a très peu varié, passant de 53,3 % à 52,9 %.

En 2009, parmi les médecins de secteur 1 (honoraires conventionnels), le nombre d'omnipraticiens progresse de 0,3 % ; celui des spécialistes diminue de 0,5 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2002. En secteur 2 (honoraires libres), alors que les généralistes sont toujours moins nombreux avec une baisse de 3 % des effectifs, le nombre des spécialistes progresse encore : +1,8 %. Ces rythmes sont proches de ceux observés les années précédentes. La part des généralistes exerçant en secteur 2 est de 11 % en 2009 alors qu'elle atteint 41 % chez les spécialistes. Au total, un médecin sur quatre pratique des dépassements, soit une proportion comparable à celle observée en 2008. 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.

La densité moyenne de praticiens par rapport à la population est de 339 médecins pour 100 000 habitants en métropole (259 dans les DOM). Elle est maximale en région PACA, avec 412 médecins pour 100 000 habitants, puis en Île-de-France (405). 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 plus faible densité s'observant en Picardie (256 médecins pour 100 000 habitants). La structure de l'offre est en outre très variable selon les régions : en Île-de-France, on compte 57 % de spécialistes pour 43 % d'omnipraticiens en 2009, tandis qu'en Picardie, les proportions s'inversent avec 46 % de spécialistes et 54 % d'omnipraticiens. Les villes sont également très favorisées par rapport aux 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 56 % des praticiens de moins de 40 ans. Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie (à 89 %), endocrinologie, dermatologie ou pédiatrie (à plus de 60 %) par exemple. Et si trois chirurgiens sur quatre sont des hommes en 2009, le nombre de femmes chirurgiens augmente fortement dans les jeunes générations : 36 % des chirurgiens de moins de 35 ans sont des femmes. Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent 32 % des médecins libéraux, mais la moitié des médecins salariés.

Les effectifs de médecins ont augmenté jusqu'en 2008. Toutefois, en raison du fort abaissement du *numerus clausus* intervenu dans les années 1980-90, 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. La France métropolitaine compterait ainsi presque autant de médecins qu'aujourd'hui à l'horizon 2030.

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 interrégimes élaboré par la Caisse nationale d'assurance maladie.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Les médecins : estimation au 1^{er} janvier 2009 », D. Sicart, *Document de travail*, série statistiques, n° 138, DREES, octobre 2009.

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

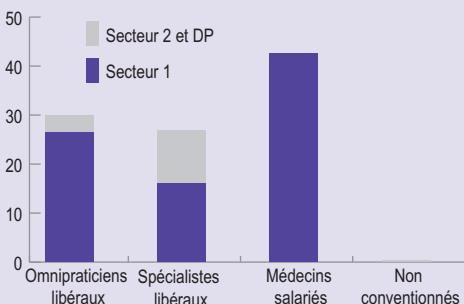
« La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », K. Attal-Toubert, M. Vanderschelden, *Études et Résultats*, n° 679, DREES, février 2009.

Effectifs de médecins par mode conventionnel (France métropolitaine)

SNIR	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2009/2008
Omnipraticiens libéraux	60 823	60 975	61 224	61 294	61 359	61 315	-0,1 %
Secteur 1	51 640	52 602	52 994	53 289	53 562	53 734	0,3 %
Secteur 2	8 536	7 552	7 404	7 196	7 010	6 798	-3,0 %
DP	58	28	28	24	24	21	-12,5 %
Non conventionnés	589	793	798	785	763	762	-0,1 %
Spécialistes libéraux	53 171	53 651	54 061	54 315	54 464	54 663	0,4 %
Secteur 1	33 164	32 597	32 631	32 503	32 303	32 156	-0,5 %
Secteur 2	18 744	20 387	20 821	21 262	21 657	22 047	1,8 %
DP	1 184	539	476	411	360	316	-12,2 %
Non conventionnés	79	128	133	139	144	144	0,0 %
ADELI	2000	2005	2006	2007	2008	2009	Évolution 2009/2008
Médecins libéraux et mixtes	117 041	121 049	121 634	122 103	122 145	122 496	0,3 %
Médecins salariés	76 959	84 815	85 643	86 088	86 104	86 647	0,6 %
dont salariés hospitaliers	55 457	60 705	61 797	62 850	63 628	63 580	-0,1 %
Ensemble	194 000	205 864	207 277	208 191	208 249	209 143	0,4 %

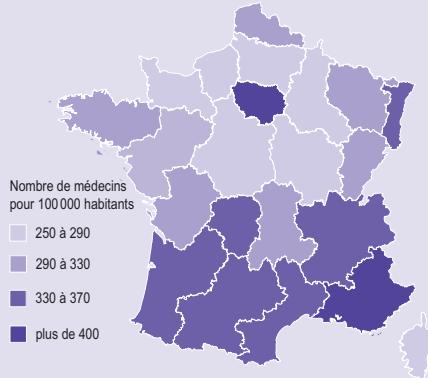
Sources • CNAMTS, SNIR pour les médecins libéraux; DREES, ADELI pour l'ensemble.

Effectifs des médecins au 1^{er} janvier 2009



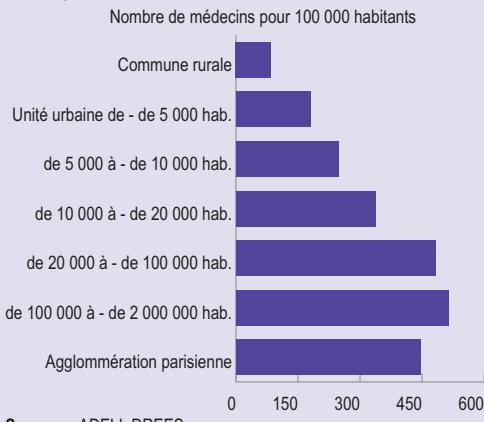
Sources • CNAMTS, SNIR France métropolitaine, traitement DREES.

Densité de médecins au 1^{er} janvier 2009



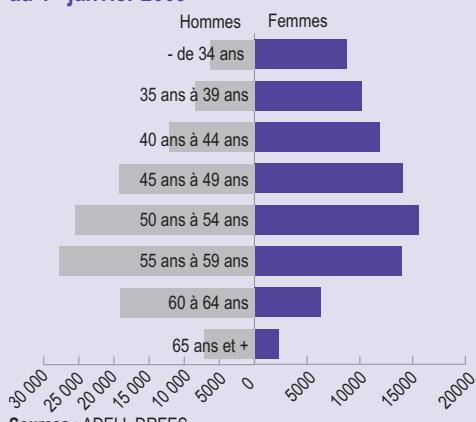
Sources • ADELI, DREES.

Densité de médecins selon la taille d'unité urbaine, au 1^{er} janvier 2009



Sources • ADELI, DREES.

Répartition des médecins selon l'âge et le sexe, au 1^{er} janvier 2009



Sources • ADELI, DREES.

1.7 • Les chirurgiens-dentistes

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 9,8 milliards d'euros en 2009, soit une hausse de 1,5% en valeur par rapport à 2008, et de 0,3% 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 2009 après 1,8% en 2008.

La progression du montant des honoraires totaux s'était particulièrement ralentie en 2005 (+1,3% seulement). Depuis 2006, les honoraires totaux ont retrouvé un taux de progression annuel de 2 à 3% qui reste nettement inférieur à celui des années 2000-2003. La part des dépassements (par rapport au tarif opposable) sur les soins dentaires continue à croître : elle dépasse les 50% en 2009. À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires des stomatologues est de 44%, mais de 15% seulement 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.

En 2009, l'effectif des chirurgiens-dentistes libéraux figurant dans le **SNIR** est de 36 200 en métropole, en léger recul pour la troisième année consécutive. De même, la croissance du nombre total des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés (41 100 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 2009) sont consécutifs à la mise en place du *numerus 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, 98,8% sont conventionnés.

Avec 38% de femmes, 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, 61% 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 détriment des zones rurales. Fin 2009, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 66 pour 100 000. Mais elle est supérieure à 77 pour 100 000 dans le sud de la France (Midi-Pyrénées, PACA et Corse), en Île-de-France et en Alsace, tandis qu'elle atteint seulement 41 pour 100 000 en Normandie ou en Picardie.

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 36 000 dans le SNIR.

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010, fiche 10-1, juin 2010.

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

« 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.

Consommation de soins dentaires

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consommation totale (millions €)	6 415	6 459	6 668	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 079	9 395	9 631	9 774
Évolution	Valeur	2,4	0,7	3,8	8,8	5,7	7,1	4,7	1,1	4,1	3,5	2,5
(en %)	Prix	-0,1	-0,3	1,2	-4,4	-4,6	0,9	0,3	1,0	1,8	1,3	1,2
	Volume	2,6	1,0	2,5	13,8	10,9	6,1	4,4	0,1	2,3	2,2	0,7
Honoraires moyens par an * (k€)	151,7	152,2	160,9	174,3	190,8	200,7	208,5	211,1	216,4	223,6	230,1	234,0

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

Sources • DREES, Comptes de la santé.

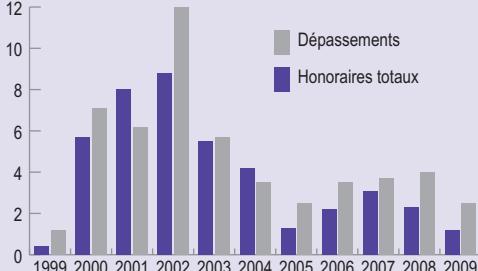
Part des dépassements dans les honoraires dentaires *

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

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

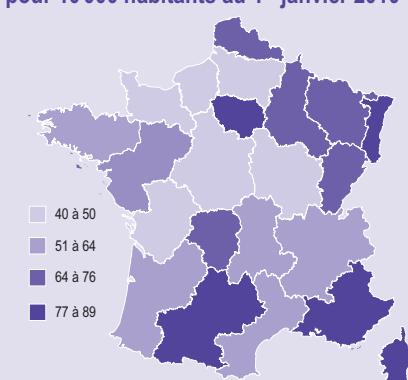
Sources • CNAMTS, SNIR, calculs DREES.

Taux d'évolution des honoraires dentaires (en %) Répartition des chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2010

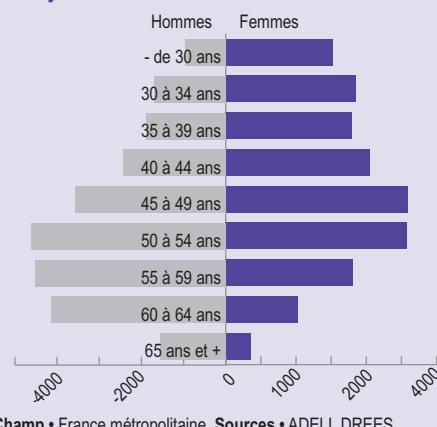


Sources • CNAMTS, SNIR France métropolitaine, traitement DREES.

Densité de chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants au 1^{er} janvier 2010



Sources • ADELI, DREES.



Champ • France métropolitaine. Sources • ADELI, DREES.

Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

SNIR	2005	2006	2007	2008	2009
Chir. dentistes libéraux	36 335	36 747	36 642	36 355	36 237
Conventionnés	35 882	36 312	36 207	35 938	35 845
DP	377	357	331	300	276
Non conventionnés	76	78	104	117	116
ADELI	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble des chir. dentistes	41 083	41 374	41 444	41 422	41 116
Dentistes libéraux	37 810	37 865	37 831	37 693	37 292
Dentistes salariés	3 273	3 509	3 613	3 729	3 824
dont salariés hospitaliers	330	368	410	445	456

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, ADELI pour l'ensemble ; CNAMTS, SNIR pour les praticiens libéraux.

1.8 • Les auxiliaires médicaux

La consommation de soins d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) s'est élevée à 11,6 milliards d'euros en 2009, soit une hausse de 5,9 % en valeur et de 3,8 % en volume par rapport à 2008. L'effet prix global est de 2 % en 2009. Au 1^{er} janvier 2008 a été instaurée une franchise de 0,50 € par acte d'auxiliaire médical. Cette franchise est plafonnée à 2 € par jour et globalement plafonnée avec les autres franchises (médicaments et transports) à 50 € par an.

Dans les Comptes de la santé, les **soins infirmiers** comprennent les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui en constituent une part croissante. En 2009, le montant des soins infirmiers s'élève à 6,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 9 % en valeur après +8,2 % en 2008 et +9,5 % en 2007. Les SSIAD connaissent quant à eux une croissance moyenne de 9 % par an depuis 2002.

Le prix des soins infirmiers augmente fortement en 2009: +3,8 %. En effet, après plusieurs années sans revalorisation, la signature d'une nouvelle convention nationale de la profession en 2007 s'est accompagnée d'une hausse des tarifs infirmiers en deux étapes: la première en juillet 2007 et la seconde en avril 2009. Le tarif des actes en **AMI** (soins courants) qui représentent 66 % des actes, est passé de 2,90 € à 3 €, puis 3,15 €, et celui des actes en **AIS** (plans de soins infirmiers) 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 €.

En 2009, la consommation de soins des **masseurs-kinésithérapeutes** s'élève à 4,4 milliards d'euros. Sa croissance ralentit: elle ne progresse que de 2 % par rapport à 2008, en valeur comme en volume. En effet, les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas été revalorisés. L'entrée en vigueur d'une nouvelle convention le 17 mai 2007 n'a pas eu d'incidence sur les honoraires; cette convention avait pour seul objet une simplification administrative, en organisant une meilleure orientation et prise en charge des patients.

En 2009, les soins d'**orthophonistes** et d'**orthoptistes** représentent 0,9 milliard d'euros, soit une augmentation de 4,3 % en valeur comme en volume par rapport à 2008. 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 €.

Les effectifs d'auxiliaires médicaux ont progressé de 3 % par an en moyenne entre 2002 et 2008, et de 4 % en 2009. 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. Les effectifs d'auxiliaires libéraux augmentent à un rythme croissant: la progression atteint 4,4 % en 2009 contre seulement 2,2 % en 2003.

En 2009, les effectifs infirmiers augmentent de 4,1 %. Les infirmiers salariés représentent 85 % de la profession et les infirmiers libéraux seulement 15 %, mais depuis trois ans, la croissance du nombre d'infirmiers libéraux (+4,6 % en moyenne) est supérieure à celle des infirmiers salariés (+3 %). La majorité des infirmiers salariés sont employés dans le secteur hospitalier, et les femmes constituent 87 % des effectifs.

En 2009, 79 % des kinésithérapeutes exercent en secteur libéral; ce sont majoritairement des hommes (53 %). L'effectif des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+2,8 % en 2009) augmente un peu moins rapidement que celui des infirmiers libéraux.

Enfin, la croissance des effectifs d'orthophonistes et d'orthoptistes en 2009 est de 4,3 %. 78 % des orthophonistes exercent à titre libéral; cette proportion est de 60 % pour les orthoptistes. Ce sont également des professions très féminines: à 96 % pour les orthophonistes et à 91 % pour les orthoptistes.

DÉFINITIONS

AMI: Actes 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: estimation 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.

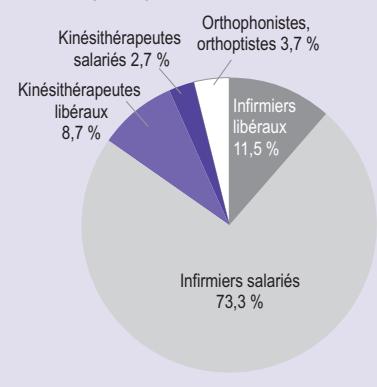
Consommation de soins d'auxiliaires médicaux (en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 899	8 416	8 853	9 453	10 248	10 982	11 627
Infirmiers	2 867	3 055	3 249	3 341	3 655	4 024	4 299	4 564	4 911	5 377	5 816	6 339
dont SSIAD*	529	563	602	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311
Kinésithérapeutes	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 430	3 572	3 789	4 073	4 318	4 404
Orthophonistes, orthoptistes	429	469	497	532	595	649	687	718	753	797	848	884
Évolution (en %)	Valeur	4,6	6,7	6,4	6,0	9,6	8,0	6,5	5,2	6,8	8,4	7,2
	Prix	0,5	1,5	0,2	-0,8	4,5	3,1	1,4	0,0	0,0	0,9	1,7
	Volume	4,1	5,1	6,2	6,8	4,9	4,8	5,0	5,2	6,8	7,4	3,8

* SSIAD: Services de soins infirmiers à domicile.

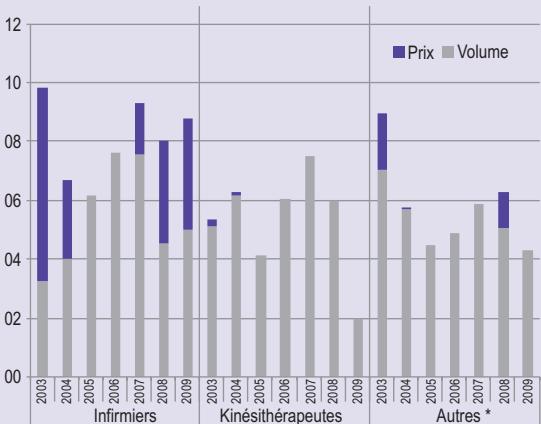
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Répartition des auxiliaires médicaux en 2009 (en %)



Sources • SNIR et ADELI, traitement DREES.

Taux d'évolution des soins d'auxiliaires médicaux (en %)



* Orthophonistes, orthoptistes

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Effectifs des auxiliaires médicaux (au 1^{er} janvier)

ADELI	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble libéraux et salariés *	492 001	507 285	524 259	542 132	561 590	578 012	574 809 *	598 395
Infirmiers *	418 571	431 565	446 100	461 503	478 483	493 503	487 663 *	507 514
Kinésithérapeutes	56 440	58 109	59 895	61 705	63 431	64 098	65 931	68 751
Orthophonistes	14 635	15 159	15 707	16 288	16 946	17 545	18 250	18 979
Orthoptistes	2 355	2 452	2 557	2 636	2 730	2 866	2 965	3 151
SNIR	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Auxiliaires libéraux	103 566	105 869	108 782	112 429	116 277	120 684	125 152	130 680
Infirmiers	49 794	50 231	51 400	53 153	55 227	57 815	60 344	63 617
Kinésithérapeutes	41 237	42 609	43 892	45 230	46 504	47 689	49 013	50 568
Orthophonistes	11 061	11 504	11 910	12 444	12 894	13 487	14 035	14 667
Orthoptistes	1 474	1 525	1 580	1 602	1 652	1 693	1 760	1 828

* Rupture de la série : opération qualité sur le répertoire ADELI qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés en 2008.

Champ • France entière.

Sources • DREES, ADELI pour l'ensemble, CNAMTS – SNIR pour les auxiliaires libéraux.

1.9 • Les laboratoires d'analyses, les cures thermales

En 2009, la consommation d'**analyses et de prélèvements en laboratoire** s'élève à 4,5 milliards d'euros, en augmentation de 2,6% en valeur et en volume par rapport à 2008. Les prix n'ont pas augmenté, 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 cinq ans sur la consommation d'analyses et de prélèvements est celle d'un ralentissement continu : de +3,7% en valeur en 2005 à +2,6% en 2009.

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, dans le cadre de la procédure d'alerte déclenchée lors du dépassement de l'**ONDAM**, avec l'augmentation à 4 euros du plafond du montant journalier de la participation forfaitaire et la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses;
- 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 en 2008, puis en 2009.

Le nombre des laboratoires est en diminution depuis la fin des années 1990 : il est en effet passé de 4 132 en 1998 à 3 836 en 2009 (métropole).

En 2009, les **cures thermales** engendrent une consommation de soins de 308 millions d'euros (hors hébergement), soit une progression en valeur de 1% par rapport à 2008, mais un recul en volume de 1,6%. Depuis 2003, on note en effet un tassement des effectifs de curistes dû, pour l'essentiel, à une diminution des prescriptions. Le nombre de curistes a reculé de 10% en 10 ans, passant de 548 000 en 1998 à 481 000 en 2009.

La progression en valeur observée entre 2007 et 2009 s'explique uniquement par l'augmentation des

prix. En effet, un avenant à la convention nationale thermale a fixé une revalorisation tarifaire de 4% en août 2006 (avec un effet en année pleine en 2007), à laquelle se sont 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. Elle prévoyait des revalorisations tarifaires qui se sont appliquées le 1^{er} janvier 2009 : la hausse de prix des cures est ainsi de 2,7% en 2009.

La rhumatologie et les soins des voies respiratoires représentent environ 80% de la fréquentation. 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 98 stations thermales et les 118 établissements habilités à dispenser une cure thermale sont très inégalement répartis sur le territoire. 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 désormais plus 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.
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2008, prévisions 2009 », juin 2009.

Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

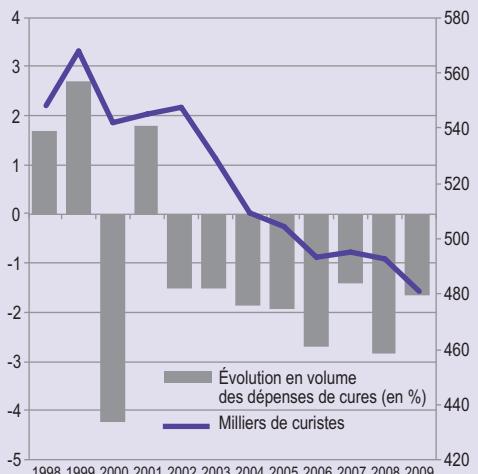
Sources • DREES ; CNETh pour le nombre de curistes.

Taux d'évolution des dépenses d'analyses (en %)



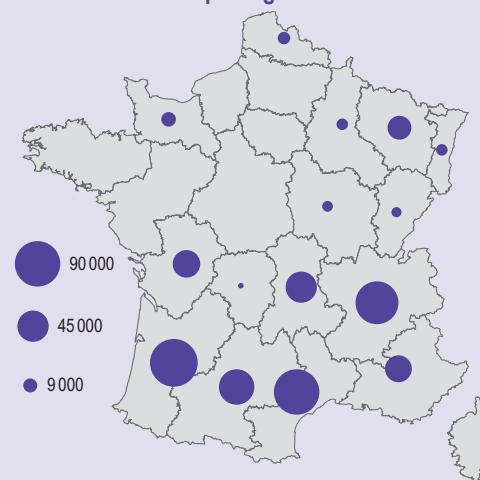
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Volume des dépenses de cures et nombre de curistes



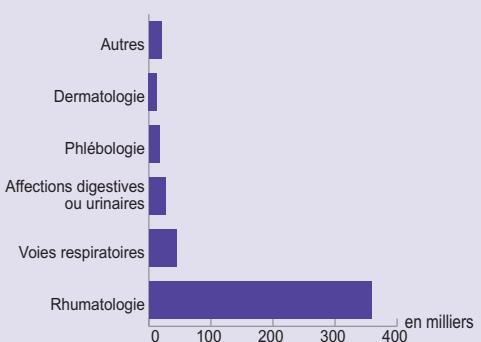
Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh)

Nombre de curistes par région en 2009



Sources • Conseil national des exploitants thermaux (CNETh).

Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2009



Sources : Conseil national des exploitants thermaux (CNETh)

1.10 • La consommation de médicaments

En 2009, la consommation de médicaments atteint 35,4 milliards d'euros, soit une progression en valeur de 2,5%, après +2,7% en 2008. Par habitant, son montant est de 549 euros, soit une progression de 0,9% par rapport à 2008. Les Français consomment ainsi nettement 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'en forte croissance depuis quelques années.

Pour contenir cette consommation, de nouvelles mesures ont été prises en 2008 et en 2009 :

- 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 750 M€ pour le régime général d'assurance-maladie en 2008 (890 M€ tous régimes);
- action sur le **répertoire des génériques** : baisses de prix du répertoire consécutives à la réforme des marges de distribution intervenue début 2008, et baisse des **tarifs forfaitaires de responsabilité**;
- déremboursement de médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant: remboursables de façon transitoire à 15%, ils ne sont plus pris en charge depuis le 1^{er} janvier 2008;
- montée en charge des « conditionnements de 3 mois » pour les médicaments prescrits lors des traitements de longue durée;
- baisse de prix ciblées;
- maîtrise médicalisée sur les antiulcériens, les antihypertenseurs, les statines et les anti-dépresseurs (en sus des actions traditionnelles sur les antibiotiques, etc.);
- accord avec les pharmaciens d'officine pour augmenter le taux de pénétration des génériques.

À l'inverse des facteurs de croissance du poids des médicaments persistent :

- coût élevé des nouveaux médicaments mis sur le marché qui occupent une part croissante des dépenses : les renouvellements des médicaments expliquent l'intégralité de la croissance du marché des médicaments remboursables en 2009 (cf. éclairage sur les médicaments remboursables);
- progression des ventes de médicaments coûteux traitant des pathologies lourdes.

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 ralentit régulièrement depuis 2002, pour atteindre +5,2% en 2009 après +5% en 2008, tandis que les prix diminuent de 2,6% en 2009 (après -2,3% en 2008 et -2,5% en 2007).

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. Une analyse plus détaillée du prix des médicaments à partir de ces deux indices montre que ce sont les médicaments remboursables, dont les prix sont administrés, qui sont à l'origine de l'évolution négative des prix observée depuis 1999. Ainsi en 2009, le prix moyen des spécialités non remboursables a progressé de 1,8% par rapport à 2008, tandis que celui des spécialités remboursables baissait de 3%. Cette baisse est due à la forte progression des génériques (dont le prix est nettement inférieur à celui des princeps) qui représentent 12% des médicaments remboursables en 2009, ainsi qu'à la mise en place du TFR qui a favorisé une baisse des prix des princeps (cf. Annexe 4.4 sur le prix des médicaments).

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

POUR EN SAVOIR PLUS

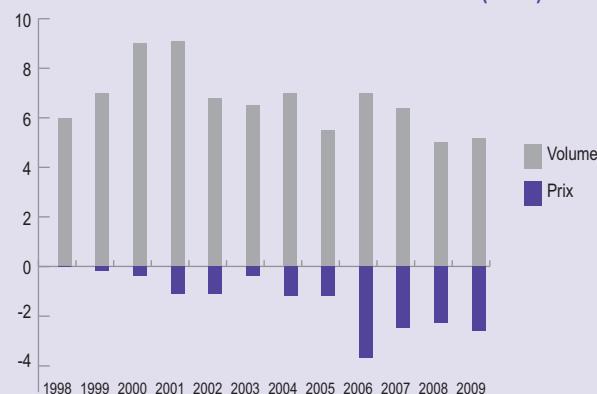
« Les dépenses de médicaments remboursables en 2008 », W. Thao Khamsing, DREES, *Études et Résultats*, n° 729, juin 2010.

Consommation de médicaments

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consommation totale (millions €)	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 637	34 531	35 383
Évolution (en %)	Valeur	6,0	6,7	9,5	7,9	5,6	6,0	5,7	4,2	3,0	3,8	2,7
	Prix	0,0	-0,2	-0,4	-1,1	-1,1	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	-2,5	-2,6
	Volume	6,0	7,0	9,0	9,1	6,8	6,5	7,0	5,5	7,0	6,4	5,2

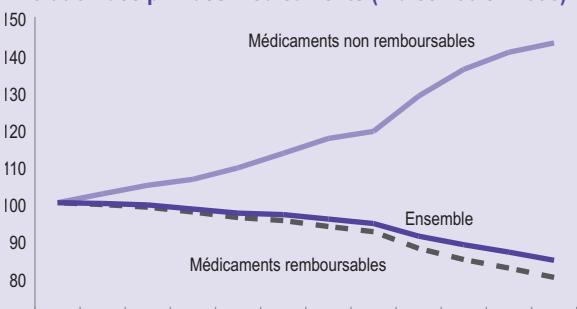
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la consommation de médicaments (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé

Évolution des prix des médicaments (indice 100 en 1998)



Sources • INSEE

1.11 • Le marché des médicaments

En 2009, les ventes de médicaments **génériques** poursuivent leur progression (+12,5% par rapport à 2008), avec un taux de croissance nettement supérieur à celui du chiffre d'affaires global des médicaments remboursables (+2,5%). D'une part, le nombre de classes thérapeutiques qui comportent des génériques ne cesse d'augmenter : il est passé de 64 en 2002 à 95 en 2009, 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 12% en 2009.

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 fait passer la part des princeps générables non soumis au TFR à 69% en 2009 contre 45% en 2008 – cf. éclairage médicament) devrait en outre permettre une baisse des prix pour les années à venir.

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 6,8% en 2009. Mais le nombre de présentations de médicaments non remboursables recule de 3% par rapport à 2008, tandis que celui des médicaments remboursables augmente de 11,7%.

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. Selon la CNAM, les économies ainsi générées en 2009 s'élèvent à 58 millions d'euros pour l'assurance maladie et 47 millions pour les assurés et les organismes complémentaires.

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 ; l'année 2005 marque une rupture qui s'est poursuivie jusqu'en 2009. Avec 1,2 milliard d'euros de produits rétrocédés en 2004 (régime général seul) et 1 milliard en 2009, la part de la rétrocession dans la dépense totale de médicaments remboursés par le régime général passe de 7,5% en 2004 à 5,6% en 2009.

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 biodisponibilité (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 principe sur la base du prix du générique.

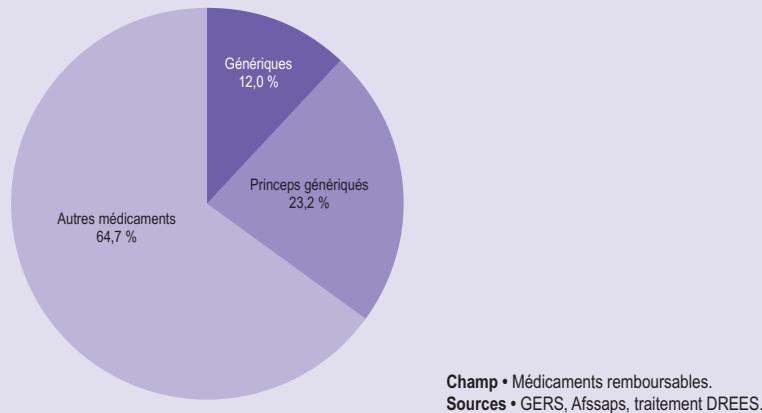
POUR EN SAVOIR PLUS

« Les dépenses de médicaments remboursables en 2008 », W. Thao Khamsing, DREES, *Études et Résultats*, n° 729, juin 2010.

« 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.

La part des médicaments génériques en 2009 (Part de marché en %)



Groupes génériques et tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) (en %)

	Part du marché global en 2009	Répartition		Taux de croissance 2008-2009
		2008	2009	
Groupes génériques non soumis au TFR	32,2	100,0	100,0	-5,9
Génériques		55,2	31,2	16,5
Principe		44,8	68,8	-13,5
Groupes génériques soumis au TFR, avec alignement du prix du principe	0,5	100,0	100,0	-1,8
Génériques		62,0	65,3	3,4
Principe		38,0	34,7	-10,3
Groupes génériques soumis au TFR, sans alignement du prix du principe	2,5	100,0	100,0	-10,2
Génériques		58,4	64,5	-0,9
Principe		41,6	35,5	-23,3

Champ • Médicaments remboursables.

Sources • GERS, Afssaps, traitement DREES.

Le marché global des médicaments

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

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 podologues, des orthoprothésistes, des podo-orthésistes et des prestataires du maintien à domicile.

La consommation totale des autres biens médicaux en ambulatoire s'élève à 10,5 milliards d'euros en 2009, dont près de 5 milliards d'euros pour l'optique, 1,6 milliard d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), et 3,9 milliards d'euros de petits matériels et pansements.

Après avoir ralenti en 2008, le taux de croissance de la consommation d'**optique** reprend en 2009, avec une augmentation de 3,8% en valeur contre +3% en 2008. 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** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Ces dépenses ont connu une décélération au début des années 1990. Depuis 2000, la croissance se maintient à un rythme élevé: elle atteint un taux de 3,2% en valeur en 2009, après +6,6% en 2008 et +5,3% en 2007.

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. Après avoir une fortement augmenté en 2008 (+9,4 %), cette dépense ralentit nettement en 2009 : +1,3 %. Depuis 1995, la valeur de ce poste a été multipliée par 7 ; ainsi en 2009, elle représente 37 % des « autres biens médicaux ».

La forte hausse observée en 2008 était due à l'introduction des dispositifs médicaux (lits médicalisés)

par exemple) dans le forfait soins des EHPAD à compter du 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. Cette accélération est à l'origine de 4,5 points de la croissance en valeur du poste « petits matériels et pansements » en 2008.

Les produits favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, matériels pour diabétiques, nutriments, fauteuils roulants) représentent plus de la moitié de la consommation et constituent le premier facteur de la croissance du poste « autres biens médicaux ». Cette 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 est d'environ 12 millions et leur âge moyen est de 70 ans. La progression du nombre des personnes âgées dépendantes bénéficiant d'un maintien à domicile entraîne celle de l'ensemble des dispositifs médicalisés : lits, matelas anti-escarres...

La hausse résulte également de l'augmentation 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 (défibrillateurs cardiaques, genoux à microprocesseurs...).

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.

VHP : véhicules pour handicapés physiques

POUR EN SAVOIR PLUS

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

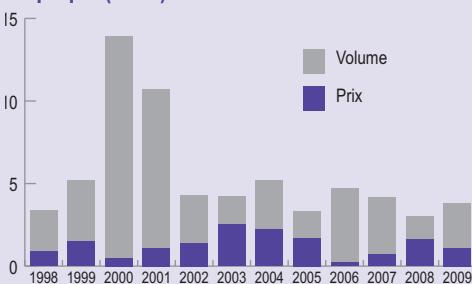
Consommation des autres biens médicaux (en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 433	8 968	9 624	10 193	10 476
Optique	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 633	4 773	4 956
Prothèses, orthèses, VHP *	761	814	890	981	1 071	1 137	1 220	1 285	1 394	1 468	1 565	1 616
Petits matériels et pansements	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 677	2 906	3 131	3 523	3 855	3 904
Évolution en valeur (en %)	13,2	13,0	12,6	7,7	7,1	7,9	5,4	6,3	7,3	5,9	2,8	

* Véhicules pour handicapés physiques.

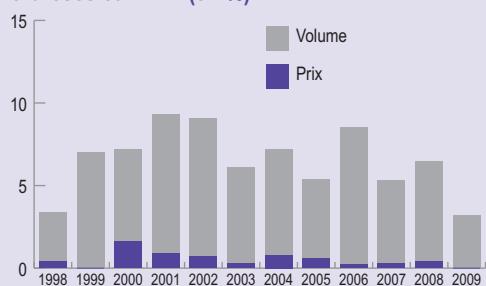
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses d'optique (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

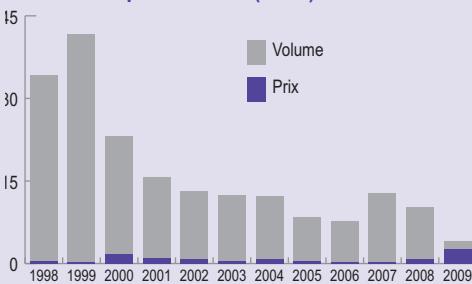
Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et VHP * (en %)



* VHP: véhicules pour handicapés physiques.

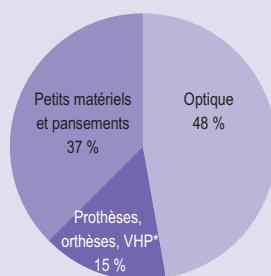
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de petits matériels et pansements (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Répartition des dépenses d'autres biens médicaux en 2009



* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources • DREES, Comptes de la santé.

1.13 • Les transports sanitaires

En 2009, la consommation de **transports sanitaires** s'élève à 3,6 milliards d'euros, soit une croissance en valeur de 6,8 % par rapport à 2008, et de 3,6 % en volume, les prix ayant augmenté de 3 %. Après un ralentissement en 2007-2008, la croissance des transports reprend en 2009, en particulier en raison de la hausse des tarifs. Cette évolution reste toutefois inférieure à celle des années précédentes : plus de 8 % par an en moyenne entre 2000 et 2006.

En 2009, les dépenses de transports de malades hors services médicaux d'urgence (SMUR) se répartissaient ainsi : 42 % pour les ambulances, 23 % pour les VSL, 31 % 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 93 % en 2009. 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.

La 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** et les hôpitaux. Ils incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intérêt 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 en 2008 et 2009 :

- 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, 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 ;
- 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.

POUR EN SAVOIR PLUS

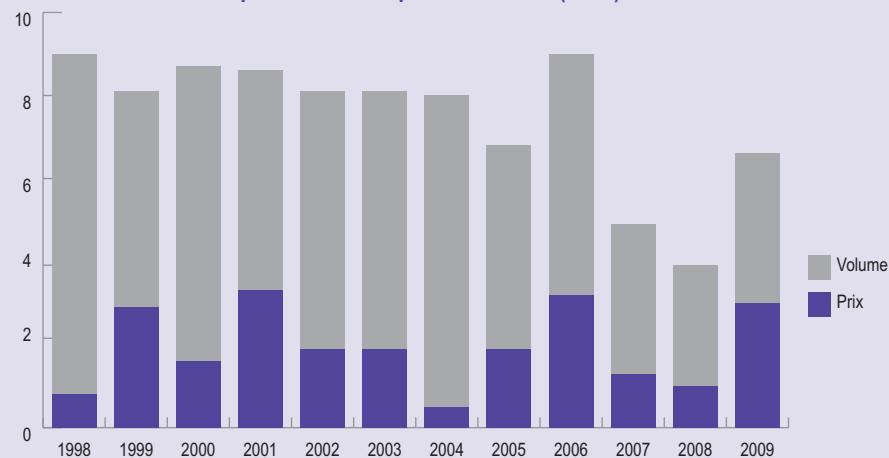
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010.

Consommation de transports de malades (en millions d'euros)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Consommation de transports	1608	1740	1886	2067	2258	2443	2640	2823	3083	3235	3364	3592
Valeur	9,1	8,2	8,8	8,8	8,2	8,2	8,0	7,0	9,2	4,9	4,0	6,8
Évolution (en %)												
Prix	0,8	2,9	1,6	3,3	1,9	1,9	0,5	1,9	3,2	1,3	1,0	3,0
Volume	8,2	5,2	7,1	5,3	6,2	6,2	7,5	4,9	5,8	3,6	2,9	3,6

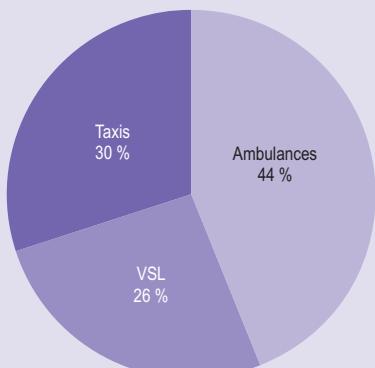
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires (en %)



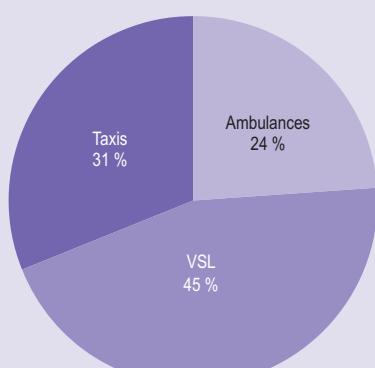
Sources • DREES, Comptes de la santé.

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



Sources • CNAMTS, France métropolitaine.

Répartition du nombre de transports (hors SMUR) en 2007 (en %)



Sources • CNAMTS, France métropolitaine.

2.1 • La Dépense courante 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, la dépense courante de santé comprend :

- la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM),
- la consommation de soins aux personnes âgées en établissements (**EHPA**, **EHPAD**, **USLD** des hôpitaux),
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail),
- les dépenses de prévention organisée, individuelle et collective,
- les subventions au système de soins (prise en charge partielle des cotisations sociales des professionnels de santé),
- la recherche médicale et pharmaceutique,
- la formation des professionnels de la santé,
- les coûts de gestion du système de santé.

La DCS atteint 223 milliards d'euros en 2009; elle représente 11,7 % du PIB en 2009, contre 11 % en 2008. La croissance de la part de la DCS dans le PIB est essentiellement due au recul de ce dernier en 2009 (-2,1 % par rapport à 2008); la croissance de la DCS en valeur est de 4 % en 2009, presque identique à celle enregistrée en 2008 (+3,9 %).

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM (+3,3 % en valeur en 2009), qui en représente 79 %.

Parmi les autres composantes de la DCS, ce sont les soins aux personnes âgées en établissement qui augmentent le plus fortement: +15,1 % par rapport à 2008. Les dépenses de prévention progressent elles aussi très fortement (+12,9 % par rapport à 2008) en raison du surcoût lié à la prévention de la pandémie grippale.

Enfin, les indemnités journalières connaissent une hausse sensible pour la deuxième année consécutive: +4,7 % en 2009 après +5,8 % en 2008. Cette hausse intervenue après trois années de stabilité s'explique en partie par le dynamisme des créations d'emplois entre 2006 et la mi-2008, ainsi que par l'épisode de grippe de décembre 2009.

La structure de la dépense courante de santé a peu évolué en quatorze ans. Depuis 1995, 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. La part des coûts de gestion du système de santé a légèrement diminué, tandis que celle des dépenses de prévention est restée stable.

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, mais y compris honoraires des médecins libéraux pour les actes accomplis en hospitalisation privée complète,
- la consommation de soins ambulatoires (ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi les consultations externes des hôpitaux publics, les soins en dispensaire...),
- 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.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

Dépense courante de santé (en millions d'euros)

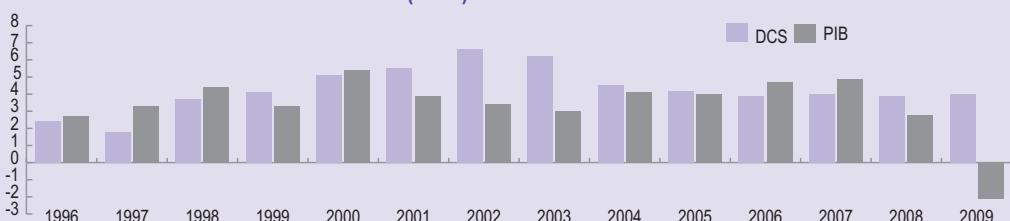
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépense courante de santé	134 316	139 791	146 893	155 012	165 220	175 516	183 468	191 252	198 592	206 551	214 542	223 091
en % du PIB	10,1	10,2	10,2	10,4	10,7	11,0	11,1	11,1	11,0	10,9	11,0	11,7
CSBM	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	163 970	170 058	175 706
Dépenses pour les malades	9 660	10 206	11 094	11 859	13 034	14 149	14 577	15 072	15 600	16 423	17 840	19 349
Soins aux personnes âgées en établissements	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445	7 421
Indemnités journalières	7 065	7 487	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 772	11 395	11 927
Prévention	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	4 974	4 883	4 938	5 140	5 315	5 458	6 161
Prévention individuelle	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 657	2 795	2 799	2 884	3 009	3 116	3 250
- Prévention primaire	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 230	2 343	2 297	2 365	2 441	2 528	2 623
- Prévention secondaire	337	359	369	383	390	427	452	502	519	569	588	627
Prévention collective	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 317	2 088	2 140	2 256	2 306	2 342	2 911
Dépenses pour le système de soins	6 542	7 381	7 852	8 247	8 888	9 189	9 546	9 748	10 179	10 258	10 479	10 833
Subvention au système de soins *	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880	1 958
Recherche médicale et pharmaceutique	4 246	4 981	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 361	7 543
Formation	754	784	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 152	1 238	1 332
Coût de gestion de la santé	10 435	10 912	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 597	14 832	15 297
Double compte **	-2 052	-2 481	-2 641	-2 773	-3 108	-3 301	-3 311	-3 398	-3 810	-4 012	-4 125	-4 255

* Prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé.

** Recherche pharmaceutique comprise dans les médicaments.

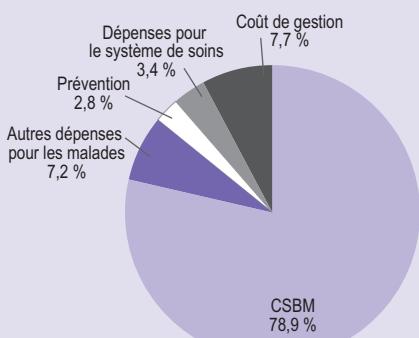
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Taux de croissance de la DCS et du PIB (en %)



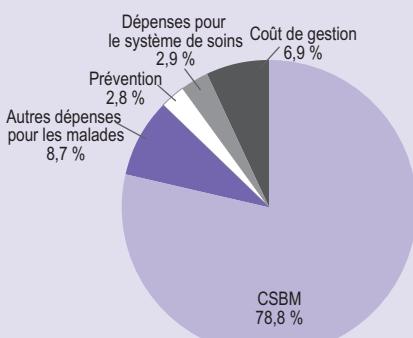
Sources • DREES pour la DCS; INSEE pour le PIB.

Structure de la DCS en 1995



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure de la DCS en 2009



Sources • DREES, Comptes de la santé.

2.2 • Les soins de longue durée aux personnes âgées

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

- dans le secteur hospitalier public au sein des services de soins de longue durée ;
- 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 infirmiers à domicile ou SSIAD) ; mais ces dépenses font alors partie de la **CSBM**.

En 2009, 7,4 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, soit une hausse de 15,1 % par rapport à 2008.

Les soins de longue durée en EHPA ou EHPAD représentent 6 milliards d'euros : ils augmentent de 21,7 % par rapport à 2008. 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 2009, le nombre de lits en EHPA est passé de 124 000 à 60 000, tandis que celui des lits en EHPAD passait de 373 000 à 496 000. 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 51 % en 2007.

Malgré une croissance plus rapide du secteur privé sur les années récentes (de 2002 à 2008), les établissements 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 2009, on estime à 1,3 milliard d'euros la consommation de soins de longue durée réalisée dans les services hospitaliers qui les accueillent.

Par ailleurs, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – comptabilisés dans la **CSBM** avec les soins infirmiers – 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 2009, soit

un doublement depuis 1998. Ils ont bénéficié à 99 000 personnes en 2009 (94 000 en 2008). Les soins dispensés par les SSIAD 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 en EHPA, EHPAD et SSIAD sont financés pour partie par l'assurance maladie (6,3 milliards d'euros dans l'**ONDAM** médico-social en 2009) et pour partie par la **CNSA** (1,2 milliard d'euros).

DÉFINITIONS

EHPA : Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

CSBM : Consommation de soins et biens médicaux.

Soins de longue durée en EHPA ou EHPAD : soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées, anciennement dénommés « Sections médicalisées », répartis depuis 2002 entre EHPA et EHPAD. Le nombre des premiers est en diminution alors que celui des seconds est en très forte expansion.

La base 2000 des Comptes de la nation a transféré du domaine de la santé vers celui de l'action médico-sociale les soins aux personnes âgées hébergées en établissement ; ces soins font cependant partie de la Dépense courante de santé.

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

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

« L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », J. Prévot, *Études et Résultats*, n° 689, DREES, mai 2009.

« Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées », N. Dutheil, S. Scheidegger, *Études et Résultats*, n° 515, DREES, août 2006.

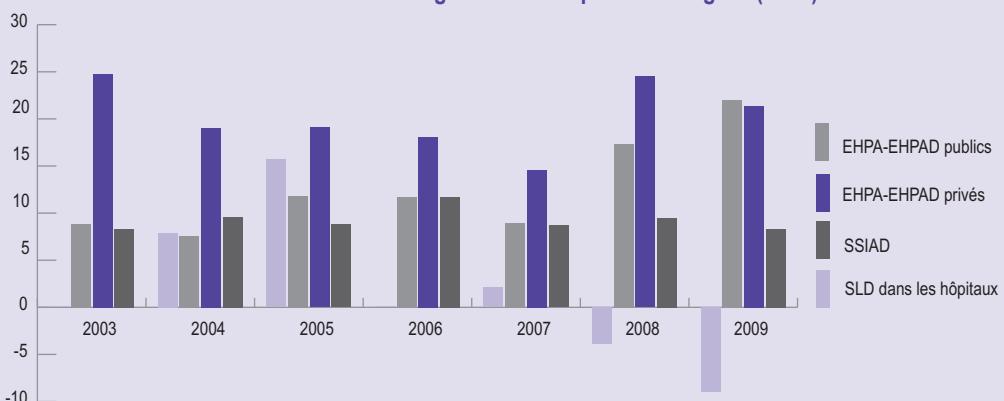
« Les services des soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'offre de soins aux personnes âgées en 2002 », S. Bressé, *Études et Résultats*, n° 350, DREES, novembre 2004.

Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées (en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble des soins en établissements	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445	7 421
Évolution en %		9,3	10,3	14,8	10,0	8,7	14,1	15,1
Soins de longue durée dans les hôpitaux	1 125	1 126	1 216	1 407	1 409	1 439	1 383	1 258
Évolution en %		0,1	7,9	15,7	0,1	2,1	-3,9	-9,0
Maisons de retraite (EHPA et EHPAD)	2 292	2 606	2 902	3 322	3 791	4 212	5 063	6 163
Établissements publics	1 581	1 720	1 848	2 066	2 308	2 513	2 948	3 596
Évolution en %			8,8	7,5	11,8	11,7	17,3	22,0
Établissements privés	710	886	1 054	1 256	1 483	1 699	2 115	2 568
Évolution en %			24,8	19,0	19,1	18,1	24,5	21,4
pour mémoire, soins inclus dans la CSBM								
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311
Évolution en %		8,3	9,6	8,8	11,7	8,7	9,5	8,3

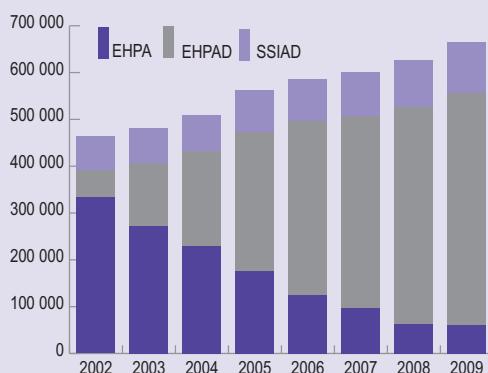
Sources • CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

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



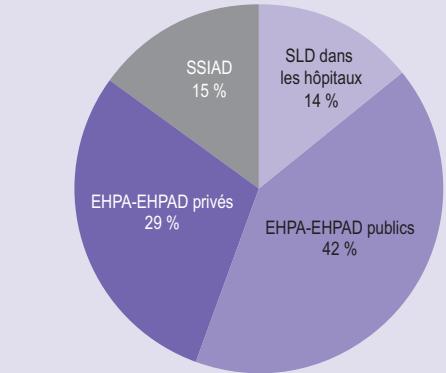
Sources • CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Capacité des établissements de soins de longue durée



Sources • CNAMTS (DSES), Commission nationale de répartition.

Répartition des soins de longue durée aux personnes âgées en 2009 (en %)



Sources • CNAMTS (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. L'année 2009 est marquée par une progression à nouveau sensible des indemnités journalières (+4,7 % par rapport à 2008), qui s'élèvent à 11,9 milliards d'euros. Cette dépense avait déjà repris en 2007 et en 2008, après trois années de stabilité en valeur; sa croissance reste toutefois en net retrait par rapport à celles des années antérieures à 2004 : +8,6 % en moyenne entre 1999 et 2003.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont un rythme de croissance inférieur à celui des deux autres risques; après une hausse de 5,1 % en 2008 due à une reprise de la natalité, elles augmentent de 3,3 % en 2009.

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 tire mécaniquement à la hausse 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 influer 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 (CNAMETS), 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 deux 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 CNAMETS 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 des dépenses d'indemnités journalières depuis 2007, qui s'explique en partie par le dynamisme des créations d'emploi observé de la mi-2006 jusqu'à la fin du 3^e trimestre 2008, et en 2009 par l'épisode de grippe du mois de décembre.

En 2007, diverses mesures réglementaires se sont appliquées. Au 1^{er} janvier, les indemnités journalières versées au-delà de trois mois ont été revalorisées de 1,8 % pour les risques « maladie » et « accident du travail ». Les sorties des patients hors de leur domicile sont régie par de nouvelles dispositions : soit les sorties ne sont pas autorisées, soit le patient doit être présent à son domicile de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures. Il a été introduit plus de souplesse pour le congé de maternité prénatal obligatoire : il peut être réduit à trois semaines, les congés postnataux étant alors augmentés d'autant. En outre, dans le cadre de la procédure d'alerte liée au dépassement de l'ONDAM, les contrôles des arrêts de travail ont été 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.

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

DÉFINITIONS

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

POUR EN SAVOIR PLUS

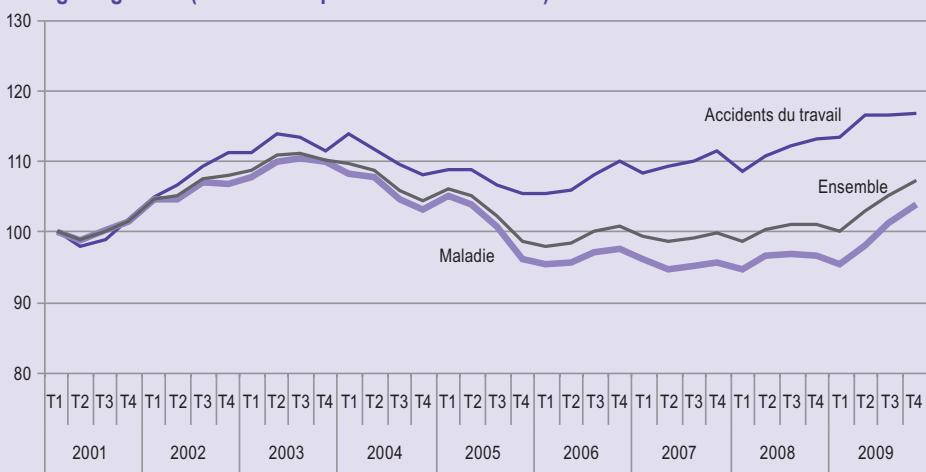
« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », juin 2010, fiche 9-4.
« Les indemnités journalières », F. Lê, D. Raynaud, DREES, *Études et Résultats*, n° 592, septembre 2007.

Dépenses d'indemnités journalières (en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	7 487	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 342	10 400	10 772	11 395	11 927
Maladie	4 263	4 619	4 961	5 475	5 987	5 974	5 804	5 693	5 867	6 207	6 516
Maternité	1 876	2 030	2 113	2 229	2 306	2 364	2 425	2 529	2 587	2 719	2 808
Accidents du travail	1 348	1 513	1 689	1 913	2 123	2 121	2 113	2 178	2 318	2 469	2 603
Évolution en valeur (en %)	6,0	9,0	7,4	9,7	8,3	0,4	-1,1	0,6	3,6	5,8	4,7

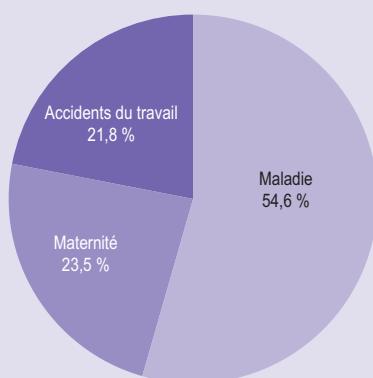
Sources • DREES, ensemble des régimes de base d'assurance-maladie.

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), INSEE pour l'emploi, calculs DREES.

Répartition des indemnités journalières selon le risque en 2009 (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

2.4 • La prévention

La consommation de services de **prévention** organisée s'élève à 6,2 milliards d'euros en 2009, dont 3,3 milliards pour la prévention individuelle et 2,9 milliards pour la prévention collective. Les dépenses de prévention collective ont ainsi augmenté de 24,3 % par rapport à 2008 en raison des dépenses engagées pour lutter contre la grippe H1N1.

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. 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 le Plan Cancer 2003-2007, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 M€ en 2003 à 183 M€ en 2009. 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 2009 (51 M€), notamment 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.

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 et 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, la sécurité sanitaire de l'alimentation. La création de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

(EPRUS) en 2007 a fortement contribué à la hausse des dépenses de prévention collective. C'est l'EPRUS qui a géré les crédits de prévention de la grippe H1N1 : en 2009, les dépenses de l'EPRUS ont atteint 482 M€ (dont 385 M€ pour la grippe H1N1) contre 62 M€ en 2008.

En 2009, avec 6,2 milliards d'euros, les dépenses de prévention s'élèvent à 95,50 € par habitant. Après avoir augmenté de 2,7 % en 2008, elles progressent de 12,9 % en 2009 à cause de la lutte contre la pandémie grippale : la ligne « Urgences et crises » est en effet passée de 97 M€ en 2008 à 580 M€ en 2009. En 2009, les dépenses de prévention organisée représentent 2,7 % de la dépense courante de santé.

L'État et les collectivités locales ont financé 58 % de ces dépenses en 2009 comme en 2008, la Sécurité sociale 19 % (17 % en 2008) et le secteur privé 23 % (médecine du travail et prévention des accidents du travail, 25 % en 2008). Entre 1995 et 2008, cette structure avait peu évolué ; elle varie légèrement en 2009 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 des bons de vaccination (22 M€ en 2009 et 24 M€ en 2010).

DÉFINITIONS

Prévention : 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 789 millions d'euros en 2009. Seuls les vaccins financés par les collectivités locales et le FNPEIS (135 millions en 2009) 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.

Rapport annuel de performances annexé au PLR 2009, programme 204 « Santé publique et prévention », compte financier provisoire de l'EPRUS.

Dépenses de prévention (en millions d'euros)

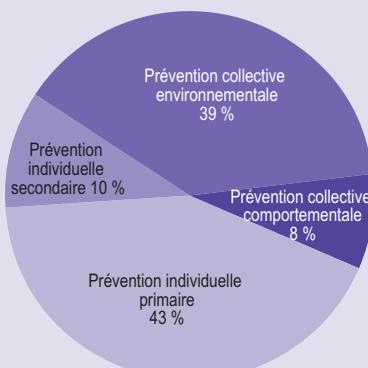
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	4 974	4 883	4 938	5 140	5 315	5 458	6 161
Évolution en %	4,8	-1,8	1,1	4,1	3,4	2,7	12,9
PRÉVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 230	2 343	2 297	2 365	2 441	2 528	2 623
Vaccins	97	108	101	103	106	109	135
PMI – Planning familial	601	686	622	632	653	677	715
Médecine du travail	1 267	1 299	1 321	1 358	1 393	1 455	1 467
Médecine scolaire	265	250	253	272	289	287	306
PRÉVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	427	452	502	519	569	588	627
Dépistage des tumeurs	91	112	142	143	159	172	183
Dépistage et lutte contre les maladies infectieuses	140	140	149	164	189	174	188
Dépistage autres pathologies	13	13	12	15	14	18	21
Examens de santé	165	166	174	170	175	177	184
Bilans bucco-dentaires	18	21	25	27	32	48	51
PRÉVENTION COLLECTIVE	2 317	2 088	2 140	2 256	2 306	2 342	2 911
<i>A visée comportementale</i>	394	433	441	462	507	474	500
Campagne en faveur des vaccinations	24	27	28	27	27	26	27
Lutte contre l'addiction	66	71	68	74	90	91	89
Information, promotion, éducation à la santé	304	335	345	361	390	357	384
<i>A visée environnementale</i>	1 923	1 655	1 699	1 794	1 799	1 868	2 411
Hygiène du milieu	393	448	454	468	483	499	513
Prévention des risques professionnels	362	362	376	380	394	417	415
Prévention et lutte contre la pollution	250	245	202	181	145	156	165
Recherches en prévention sanitaire	1	1	1	1	1	5	5
Observation veille alerte	64	85	99	90	103	117	122
Urgences et crises *	6	7	10	32	93	97	580
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	471	508	601	553	546	583
Production et mise en œuvre de dispositifs **	32	36	49	40	27	30	28

* Y compris EPRUS depuis 2007.

** Rédaction et mise en application des règlements et recommandations concernant la veille et la sécurité sanitaire.

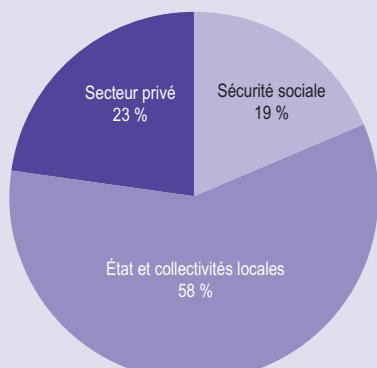
Sources • Calculs DREES.

Répartition des dépenses de prévention en 2009



Sources • Calculs DREES.

Financement des dépenses de prévention en 2009



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 ;
- le coût de gestion de la santé.

La prise en charge par l'assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé constitue une **subvention au système de soins** ; elle représente 1,9 milliard d'euros en 2009 (+0,9 % par rapport à 2008). Mise en place en 1960 pour les seuls médecins, cette prise en charge avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements). Depuis cette date, ce dispositif a été progressivement étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, chirurgiens dentistes, sages-femmes et directeurs de laboratoires).

La **recherche médicale et pharmaceutique** est évaluée à 7,5 milliards d'euros en 2009, soit 117 euros par habitant. En 2001, les financements publics et privés étaient équivalents. Depuis, la place du secteur privé a progressé et atteint 58 % en 2009.

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la Mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (MIRES) : 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'Agence nationale de la recherche (ANR) ;
- 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, qui couvre en particulier la contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** ont atteint 1,3 milliard d'euros en 2009, soit une hausse de 7,6 % par rapport à 2008. Cette hausse est due à l'augmentation du coût unitaire de l'étudiant et des coûts des formations sanitaires et

sociales relevant maintenant de la compétence des régions. Ces dépenses concernent les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire, mais aussi les Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) et les autres formations publiques ou privées d'auxiliaires médicaux.

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.

Enfin, le **coût de gestion de la santé** est évalué à 15,3 milliards d'euros en 2009 (en hausse de 3,1 % par rapport à 2008). Il comprend les frais de gestion des organismes suivants :

- les différents régimes de Sécurité sociale pour la gestion de l'assurance-maladie de base ;
- les organismes complémentaires : mutuelles, assurances et institutions de prévoyance ;
- le ministère chargé de la Santé ;
- les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

Des travaux méthodologiques sont actuellement en cours pour mieux évaluer ces coûts de gestion à partir des données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel ; ils devraient permettre de présenter en 2011 une estimation plus précise des coûts de gestion des différents organismes.

DÉFINITIONS

Recherche de l'industrie pharmaceutique : elle figure déjà dans la dépense de médicaments. C'est pour cette raison que l'avant-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 pharmaceutique qui seraient sinon comptés deux fois.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

Les dépenses en faveur du système de soins (en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	19 224	19 970	21 003	21 811	22 456	23 432	24 452	24 904	25 369	26 130
<i>Évolution en %</i>		3,9	5,2	3,8	3,0	4,3	4,4	1,6	1,8	3,2
Subvention au système de soins	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880	1 958
Recherche médicale et pharmaceutique *	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 121	7 243	7 361	7 543
Formation des personnels médicaux	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 152	1 238	1 332
Coût de gestion de la santé	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 646	14 890	15 297

* Y compris recherche de l'industrie pharmaceutique déjà incluse dans la dépense de médicament.

Sources • DREES, ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, régimes de Sécurité sociale, organismes complémentaires.

Recherche médicale et pharmaceutique (en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 361	7 543
<i>Évolution en %</i>		3,2	2,1	0,2	6,3	3,0	1,6	2,5
Financements budgétaires	3 049	3 057	3 171	3 096	3 097	3 116	3 110	3 159
Budget civil de recherche et développement	1 994	1 946	2 001	1 993	1 961	1 924	1 851	1 880
Universités et hôpitaux	1 055	1 111	1 170	1 103	1 136	1 192	1 259	1 279
Autres financements	3 226	3 418	3 439	3 524	3 938	4 127	4 252	4 384
Industries pharmaceutiques *	3 108	3 301	3 311	3 398	3 810	4 012	4 125	4 255
Secteur associatif	118	117	128	126	128	115	126	128

* 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.

Coût de gestion de la santé (en millions d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	12 108	12 734	12 910	13 684	14 188	14 597	14 832	15 297
<i>Évolution en %</i>		5,2	1,4	6,0	3,7	2,9	1,6	3,1
Principaux organismes gérant le risque maladie *	6 891	7 312	7 195	7 698	7 927	8 085	8 061	8 302
Organismes complémentaires **	4 024	4 208	4 467	4 702	4 915	5 129	5 363	5 561
Ministère de la Santé	987	1 002	1 024	1 049	1 101	1 126	1 139	1 156
Institutions sans but lucratif au service des ménages	206	212	223	235	246	256	268	278

* CnamTS, Canam-RSI, MSA, Mines, Camac, Enim (marins), SNCF, CNMSS (militaires).

** Mutuelles, assurances, institutions de prévoyance.

Sources • DREES, Comptes de la protection sociale et Comptabilité des organismes.

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 (cf. encadré).

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% en 2008 dans l'ensemble des pays de l'OCDE.

En 2008, la DTS de la France représente 11,2% du PIB contre 11% en 2007, ce qui est relativement élevé par rapport à la moyenne de l'OCDE. La France se place ainsi derrière les États-Unis (16%) et à un niveau légèrement supérieur à celui de la Suisse (10,7%) et de l'Allemagne (10,5%). 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 10,8% du PIB pour la France et 10,7% pour la Suisse.

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

En 2008, la part des produits et des services de santé (dépenses courantes de santé excluant les investissements) dans l'ensemble des produits et services effectivement consommés par les particuliers est de 12,9% 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 (15%), mais très proche des niveaux observés dans certains pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas) et nettement inférieure aux niveaux observés aux États-Unis (19,7%) et en Suisse (16,8% en 2007).

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 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 établissements, les indemnités journalières, les dépenses de prévention, de recherche médicale et pharmaceutique et de formation médicale, les subventions au système de soins et les coûts de gestion de la santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports de malades.

POUR EN SAVOIR PLUS

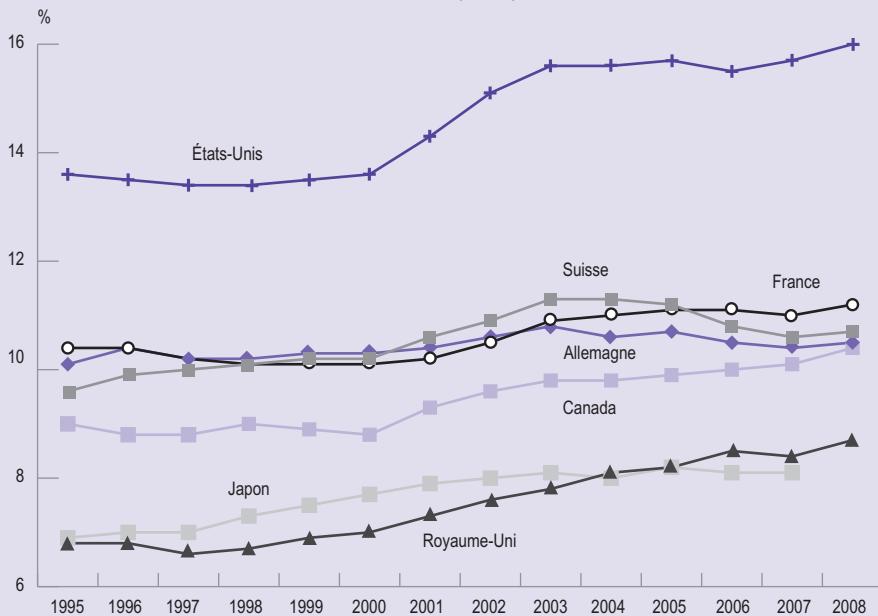
«Méthodologie de la base 2000 des Comptes de la santé», A. Fenina, Y. Geffroy, *Document de travail – Série Statistiques*, n° 99, DREES, juillet 2006.

«Panorama de la santé – 2009», OCDE, décembre 2009.

Base de données «Eco-santé 2010» de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecsante.

SHA : System of health accounts, consultable sur www.oecd.org.

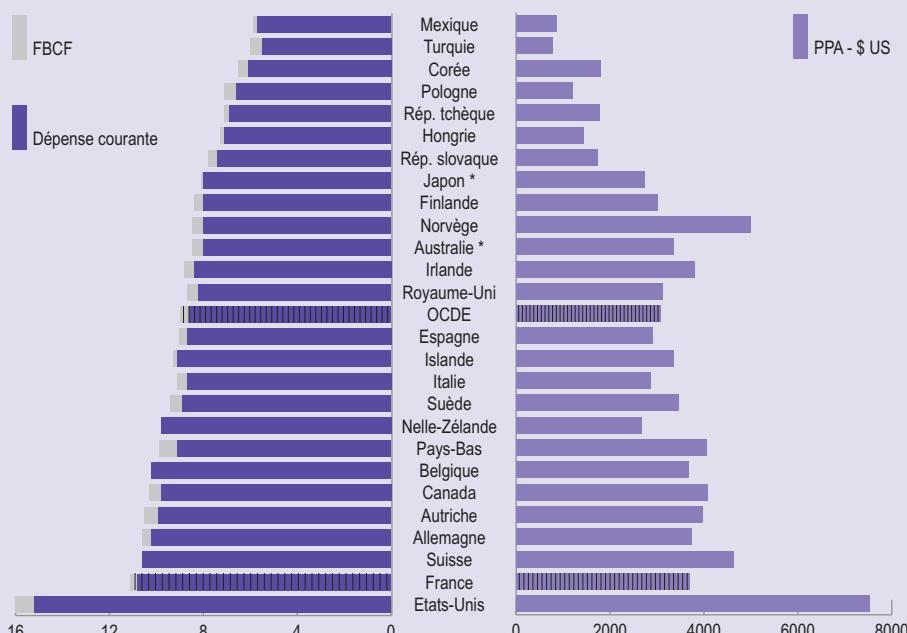
Part de la dépense totale de santé dans le PIB (en %)



Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

Dépense totale de santé en 2008 (en % du PIB)

(dépenses par tête, PPA - \$ US)



* Données 2007.

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

* Données 2007.

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

3.2 • Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Avec 75,1 milliards d'euros en 2008, les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 44,2% de la consommation individuelle de soins et biens médicaux française, ce qui place la France en seconde position par rapport aux autres pays de l'OCDE, derrière la Norvège et au même niveau que l'Autriche (44%).

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 retire le montant correspondant à l'hospitalisation de jour des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et biens médicaux passe à 37,5%, ce qui place notre pays à la 7^e 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 couvre les soins : ainsi les montants des cliniques privées ne concernent que les dépenses de l'établissement et non les honoraires des médecins libéraux exerçant en hospitalisation complète. 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 24 heures 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 39% pour la France en 2007 (y compris les soins de longue durée) mais les niveaux des autres pays entre soins et producteurs peuvent varier également 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 1000 habitants en France contre 3,8 en moyenne dans l'OCDE. La tendance générale est à la réduction du nombre de lits, passé de 4,7 pour 1000 habitants en 1995 à 3,8 en 2008. 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'efficience 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 6,5 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 6,5 jours en 2008.

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 ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

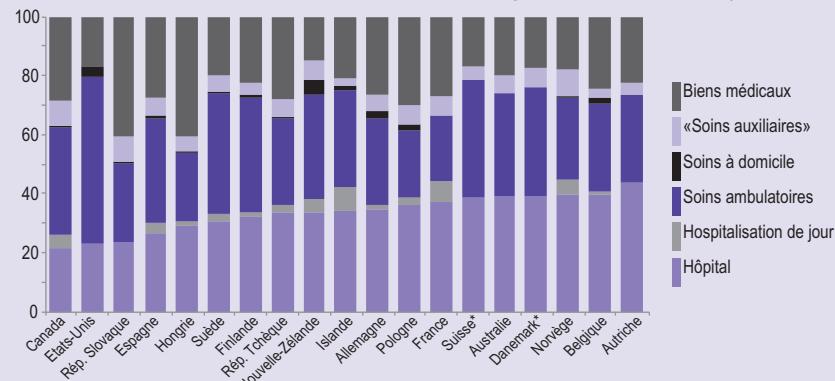
Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

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 2010» de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.

Structure des dépenses individuelles de santé par type de soins en 2008 (hors soins de longue durée)

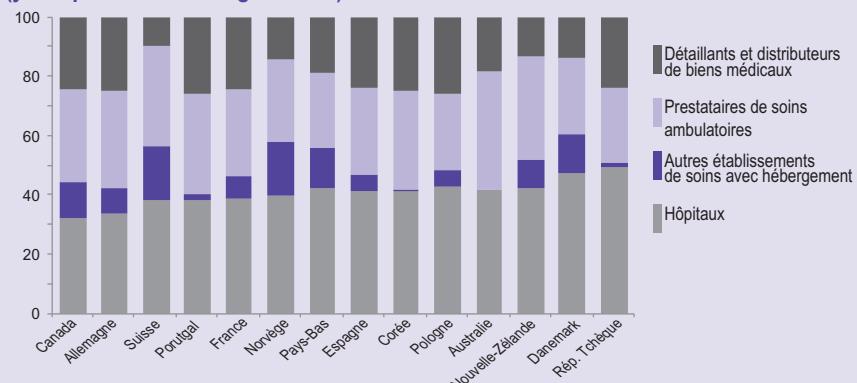


Note • La structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.

* Données 2007.

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

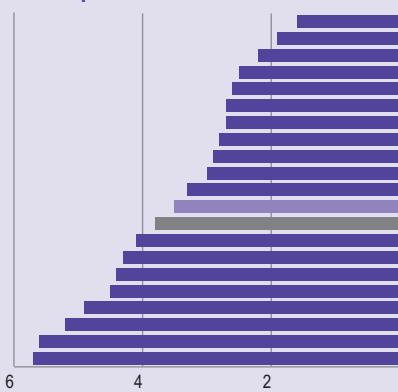
Structure des dépenses individuelles de santé par type de producteurs en 2007 (y compris soins de longue durée)



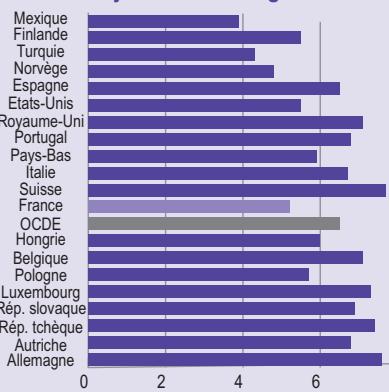
Note • La structure présentée ici est calculée sur l'ensemble des soins (y compris soins de longue durée).

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

Nombre de lits de soins aigus pour 1000 habitants en 2008



Durée moyenne de séjour en soins aigus en 2008



Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

3.3 • Comparaisons internationales sur les médecins

En 2008, 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 plus de 5 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, sa croissance n'est plus que de 2 % par an entre 1990 et 2008 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 en 2008, 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 ou dans les pays 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 6,9 consultations par an en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2008. 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, République Slovaque, 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

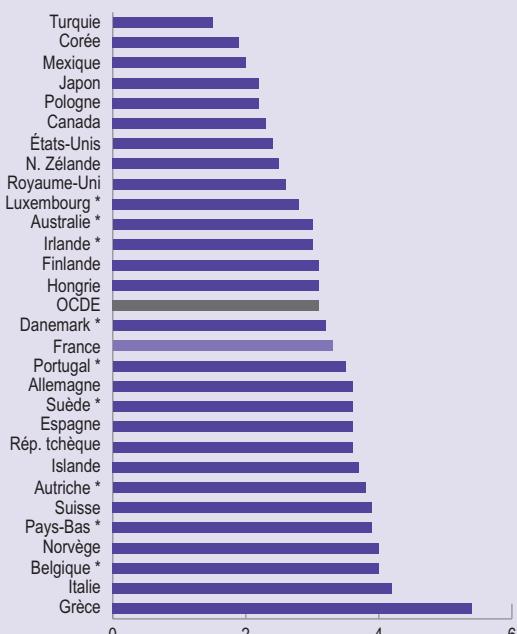
Nombre de médecins : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal indiquent le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation. L'Espagne inclut les dentistes dans le nombre de médecins.

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 – 2009 », OCDE, décembre 2009.
Base de données « Eco-santé 2010 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/ecosante.
SHA : System of health accounts, consultable sur www.oecd.org.

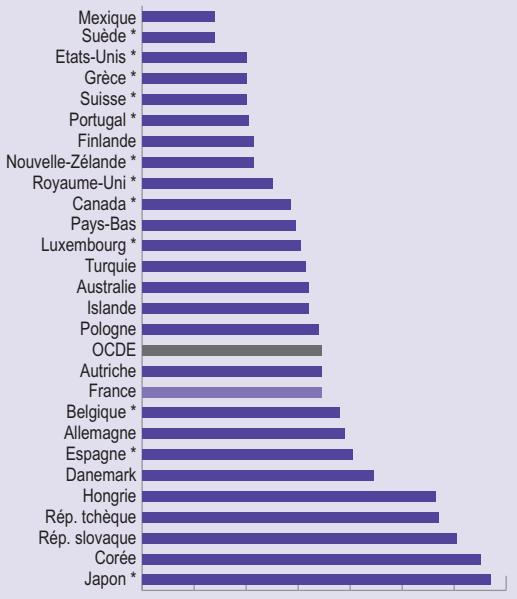
Médecins en activité en 2008 (densité pour 1 000 habitants)



* Données 2007.

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

Nombre de consultations par habitant en 2008

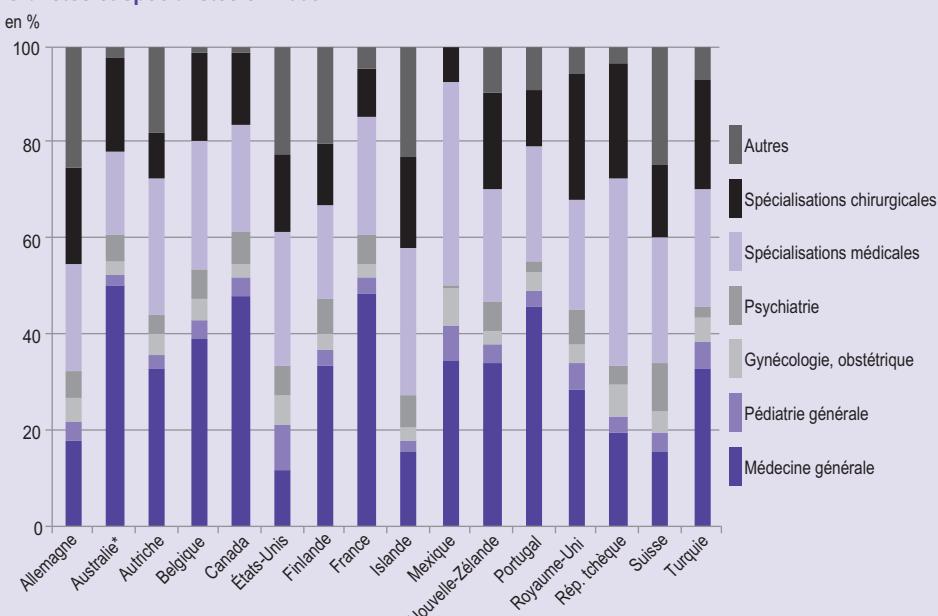


* Données 2007.

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

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

Généralistes et spécialistes en 2008



* Données 2007.

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

3.4 • Comparaisons internationales sur les médicaments

Selon l'OCDE, en 2008, la dépense française de produits pharmaceutiques rapportée au nombre d'habitants se situe au 4^e 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 2008, 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'objectif de prescription) ou les pharmaciens (alignement des marges des médicaments **génériques** sur celles des médicaments **principes**).

En 2009, la France reste l'un des tout premiers consommateurs européens de médicaments, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne et une structure de consommation pharmaceutique caractérisée par un poids élevé de produits à la fois plus récents et plus coûteux.

Qu'on la mesure en boîtes, en **unités standard** (SU), ou en chiffre d'affaires hors taxes (CAHT), la consommation française de médicaments s'avère supérieure à celle de ses principaux voisins européens (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse). Le nombre de SU (respectivement le CAHT) par habitant est ainsi de près de 40 % supérieur au niveau observé dans ces pays.

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 France, les médicaments génériques représentent 33 % des unités standard vendues en 2009. Ce taux de pénétration moyen des génériques est de 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.

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 principes et génériques.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

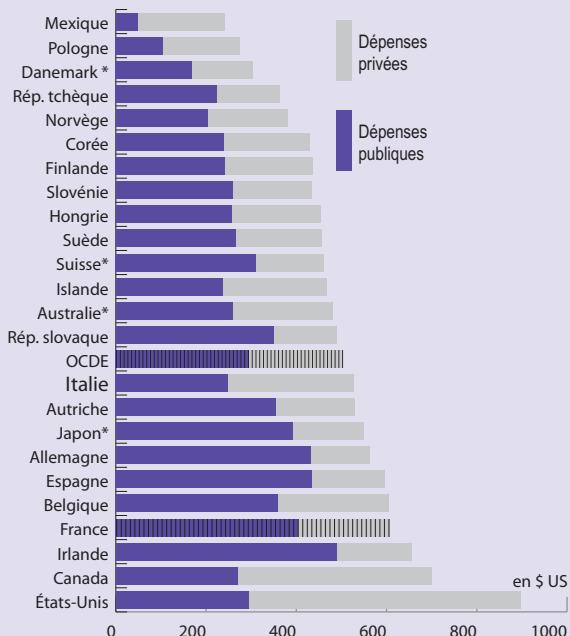
Base de données « Eco-santé 2010 » de l'OCDE, consultable sur www.oecd.org/sante/eco-sante.

« 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.

Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant en 2008



* Données 2007.

Sources • Éco-Santé OCDE 2010.

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.

Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en 2008

	CAHT (en euros) par habitant	Nb de boîtes par habitant	Nb d'unités standard par boîte	Nb d'unités standard par habitant
Ensemble des 8 pays	251	28	39	1108
Allemagne	309	18	60	1084
Danemark	352	15	67	1027
Espagne	232	29	37	1082
France *	335	48	30	1463
Italie	197	30	26	773
Pays-Bas	193	16	40	641
Royaume-Uni **	155	26	49	1258
Suisse	331	20	53	1080

* Hors DOM.

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

Sources • DREES – IMS Health; Eco-Santé OCDE 2010 pour la population.

4.1 • Les différentes approches du financement

Le financement des dépenses de santé peut s'analyser sous différents angles.

Celui utilisé habituellement consiste à distinguer la part de ces dépenses supportée par chaque finan-
ceur direct. Dans cette approche, la répartition entre
financeurs est établie en fonction de celui qui
rétribue en définitive les fournisseurs de soins et
biens médicaux.

On distingue :

- les assurances publiques pour ce qui concerne le financement de la couverture de base (Sécurité sociale);
- les assurances publiques pour ce qui concerne la couverture complémentaire des bénéficiaires de la **CMU-C** qui leur sont affiliés, ou l'État pour ce qui concerne certains dispositifs particuliers (**AME**, anciens combattants...);
- les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance pour ce qui concerne la couverture complémentaire, y compris celle des bénéficiaires de la CMU-C qui sont affiliés à ces organismes;
- les ménages pour les dépenses qui restent à leur charge après l'intervention des autres financeurs.

On peut noter que les dépenses hospitalières non financées (c'est-à-dire le déficit des hôpitaux publics) ne sont pas identifiées en tant que telles; non prises en charge par un autre agent économique (ménages, État, CMU-C ou organismes complémentaires), elles sont imputées sur le Compte de la Sécurité sociale.

Un autre axe d'analyse consiste à remonter plus en amont dans le processus de financement, en s'inté-
ressant aux institutions qui servent de canaux de financement des dépenses de santé (qu'on appelle « pooling agents » dans les analyses internatio-
nales).

Les différents financeurs intermédiaires sont :

- la branche maladie de la Sécurité sociale, qui finance la couverture de base et une partie des dépenses au titre de la CMU-C (partie non couverte par les versements du Fonds CMU);
- l'État, au titre de prises en charge particulières (AME, etc.);
- les organismes complémentaires, pour un montant correspondant à la couverture complémentaire et à la contribution nette qu'ils versent au Fonds CMU. En effet, le Fonds CMU perçoit une contribu-
tion des organismes complémentaires, et leur reverse des transferts au titre des bénéficiaires de

la CMU-C (370 € par bénéficiaire) et de l'**ACS** qui leur sont affiliés;

- les ménages, pour le montant correspondant au reste à charge des ménages.

Selon cette approche « canal de financement », la part des organismes complémentaires dans le finan-
cement de la CSBM est un peu plus élevée (14,6 % au lieu de 13,8 %), tandis que la part financée par l'État et la partie régimes de base pour la CMU-C s'établit à 0,4 % au lieu de 1,3 %. La part des organismes complémentaires a augmenté en 2009 en raison de la majoration de leur contribution au Fonds CMU.

Enfin une autre approche possible consisterait à évaluer le poids des payeurs finals (entreprises, ménages). Cette approche n'est toutefois pas présentée ici.

DÉFINITIONS

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

AME : Aide médicale d'État.

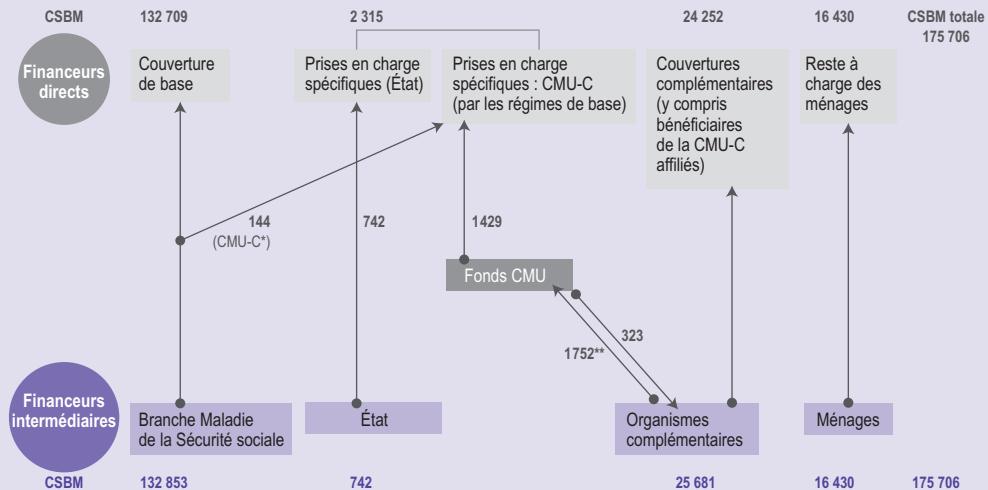
ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2009, prévisions 2010 », rapport provisoire, juin 2010, consultable sur <http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss>.

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2009 », consultable sur www.cmu.gouv.fr.

Flux financiers en 2009 (compte 2009 provisoire, en millions d'euros)



(*) Partie des dépenses non couvertes par le fonds CMU (cf. fiche 4.7).

(**) Est seulement reportée ici la part de la contribution des OC servant au financement des prestations, déduction faite des frais de gestion, des variations de provision et du résultat net comptable du fonds CMU.

Sources • DREES, Comptes de la santé et Comptes de la protection sociale.

Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux selon le financeur direct (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale *	77,1	77,0	77,1	77,2	77,1	77,0	76,3	76,2	75,5	75,5
CMU-C org. de base, AME	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3
Org. complémentaires	12,8	12,7	12,9	13,0	13,2	13,2	13,4	13,5	13,7	13,8
Ménages	9,0	9,0	8,6	8,4	8,3	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
TOTAL	100,0									

* Y compris déficit des hôpitaux publics

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux selon le financeur intermédiaire (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale *	77,0	77,0	77,1	77,2	77,2	77,1	76,4	76,3	75,7	75,6
CMU-C org. de base, AME	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	0,9	0,4
Org. complémentaires	13,0	12,9	13,0	13,2	13,4	13,4	13,6	13,7	14,0	14,6
Ménages	9,0	9,0	8,6	8,4	8,3	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
TOTAL	100,0									

* Y compris déficit des hôpitaux publics

Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.2 • Le financement des principaux types de soins

De 1995 à 2005, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est restée stable, autour de 77%, en raison de deux évolutions de sens contraires : la structure de la CSBM se déformait vers les produits les moins bien remboursés ou non remboursés (optique, médicaments non remboursables) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires), mais le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur était en nette progression. Sur la même période, le reste à charge des ménages s'est orienté à la baisse sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU complémentaire. Cette tendance s'est inversée entre 2005 et 2008, année où le reste à charge a atteint 9,5% de la CSBM. L'année 2009 marque un arrêt dans cette évolution, avec la stabilisation du reste à charge à un niveau voisin de celui de 2008 : 9,4%. La Sécurité sociale finance 75,5% de la CSBM en 2009, la part des organismes complémentaires étant de 13,8%.

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 : 90,4% en 2009. Représentant 92% jusqu'en 2004, cette part a reculé entre 2005 et 2008. Cette diminution s'était essentiellement reportée sur la part des organismes complémentaires (+1 point), et dans une moindre mesure, sur le reste à charge des ménages (+0,5 point entre 2004 et 2008). Cette évolution résultait notamment de la hausse de 1 euro au 1^{er} janvier de chaque année du forfait journalier hospitalier (passé de 9 € en 2004 à 12 € en 2007 pour la psychiatrie et de 13 € à 16 € pour les autres hospitalisations), de la hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP), et de la mise en place du forfait de 18 € par acte « lourd » intervenue en septembre 2006.

Entre 2000 et 2008, la part des **soins ambulatoires** 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 2005, la part prise en charge par la Sécurité sociale avait diminué de 0,6 point suite à la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et analyses. Dans le même temps, le reste à charge des ménages avait augmenté de 0,8 point. Cette tendance s'est poursuivie en 2008 avec la mise en place de franchises destinées à contribuer

au financement des plans de santé publique (0,50 € par acte d'auxiliaire médical), et qui ne sont pas remboursables par les organismes complémentaires. En 2009, on ne note pas d'évolution sensible de la structure de financement. La part de la Sécurité sociale est de 64,8% sur les soins ambulatoires, celle des organismes complémentaires est de 21,1% et le reste à charge des ménages de 12,5%.

Le taux de remboursement moyen des **médicaments** par la Sécurité sociale, bien que relativement bas par rapport aux autres postes de dépenses, avait fortement augmenté entre 1995 et 2005, passant de 61,7% en 1995 à 67,5% en 2005. Cette évolution était due à l'accroissement continu du poids des médicaments remboursés à 100%, correspondant pour l'essentiel au traitement des affections de longue durée (ALD), et qui représentent environ 45% des médicaments remboursés par le régime général. Cette tendance s'est inversée entre 2005 et 2008, le taux de remboursement par la Sécurité sociale passant de 67,5% en 2005 à 65% en 2008, soit un recul de 2,5 points en trois ans.

Symétriquement, le reste à charge des ménages, orienté à la baisse jusqu'en 2005, est reparti à la hausse sur ces trois années pour se stabiliser en 2009. Il atteint ainsi 17% de la dépense en médicaments, soit 3,8 points de plus qu'en 2005. Cette évolution entre 2006 et 2008 est liée aux mesures de déremboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant ainsi qu'au développement de l'automédication et à l'instauration en 2008 d'une franchise de 0,50 € par boîte de médicaments.

DÉFINITIONS

CSBM: consommation de biens et services médicaux.

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

POUR EN SAVOIR PLUS

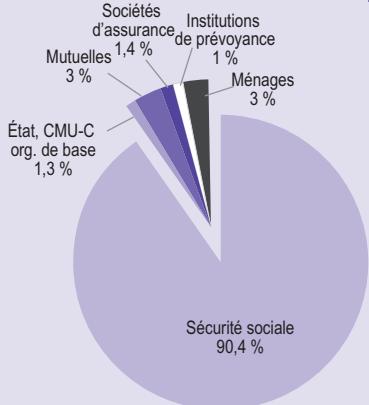
« Rapport d'information de la MECSS sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages », consultable à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-3851.pdf>.

Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM (en %)

	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Soins hospitaliers								
Sécurité sociale	92,2	92,2	92,1	91,9	91,3	90,7	90,5	90,4
État, CMU-C org. de base	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3
Organismes complémentaires	4,0	4,2	4,3	4,4	4,8	5,1	5,3	5,3
Ménages	2,7	2,4	2,4	2,4	2,6	2,9	2,9	3,0
Soins ambulatoires								
Sécurité sociale	67,0	66,7	66,4	65,8	65,3	65,4	64,8	64,8
État, CMU-C org. de base	1,3	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6
Organismes complémentaires	20,8	21,0	21,1	20,9	20,7	20,5	20,9	21,1
Ménages	10,9	10,7	10,9	11,7	12,3	12,5	12,7	12,5
Médicaments								
Sécurité sociale	65,1	67,2	67,2	67,5	66,5	67,0	65,0	65,0
État, CMU-C org. de base	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2
Organismes complémentaires	19,2	17,6	17,9	17,8	17,2	17,0	16,7	16,7
Ménages	14,2	13,6	13,3	13,2	14,9	14,6	17,1	17,0

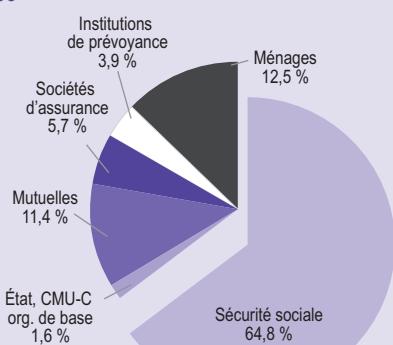
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement des soins hospitaliers en 2009



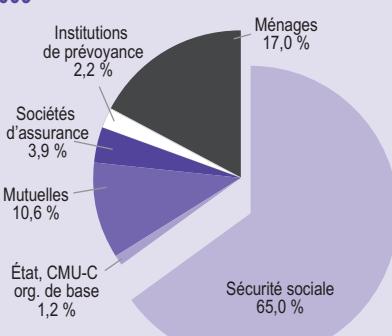
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement des soins ambulatoires en 2009



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Structure du financement des médicaments en 2009



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.3 • Les financements publics

En 2009, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la **CSBM** est de 75,5%, 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 2009. 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 3.2).

Viennent ensuite les soins ambulatoires (23,6 % de la dépense de la Sécurité sociale), qui se partagent également entre médecins d'une part et « autres soins ambulatoires » d'autre part. Les médicaments vendus dans les officines pharmaceutiques constituent le 3^e poste important des dépenses de la branche Maladie : 17,3 % en 2009.

La Sécurité sociale finance 73,3 % de la dépense courante de santé (DCS) en 2009, soit 163,5 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont : les soins de longue durée aux personnes âgées en établissements, 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 croît exceptionnellement en 2009 en raison de la majoration de sa dotation annuelle à l'EPRUS (160 M€ en 2009) et de sa prise en charge de bons de vaccination contre la grippe H1N1 (22 M€ en 2009).

Si l'État intervient très peu dans le financement de la CSBM (1,3% en 2009), il a une part nettement plus importante dans le financement de la dépense courante de santé (DCS) : le cumul des financements « État, collectivités locales, **CMU-C** organismes de base » représente en effet 5 % de la DCS, soit 11,4 milliards d'euros en 2009.

Parmi ces 11,4 milliards, 32 % sont consacrés aux dépenses de prévention (soit 2 % de plus qu'en 2008 en raison des dépenses exceptionnelles de prévention de la pandémie grippale) et 27 % à la recherche médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 10 % et les coûts de gestion du système de santé 10 % également.

Fin 2009, on compte 4,2 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire, dont 14,5 % sont affiliés à un organisme complémentaire.

Figurent dans la colonne « État, collectivités locales et CMU-C » uniquement les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux organismes de base d'assurance-maladie. Ce montant (1,43 milliard d'euros en 2009) s'écarte du montant versé par le Fonds CMU aux régimes de base en raison du surcoût de la prise en charge des CMUistes par ces régimes (144 millions d'euros en 2009). En effet, les dépenses des régimes de base (comme celles des organismes complémentaires) sont couvertes, sur une base forfaitaire, à raison de 370 euros par an et par bénéficiaire (montant réévalué au 1^{er} janvier 2009). Les organismes assurent la charge d'un éventuel surcoût, ce qui était le cas en 2009 : les dépenses par bénéficiaire s'élevaient en effet à 407 euros en moyenne en 2009 (contre 405 euros en 2008 et 370 euros en 2007).

Figurent également la dotation de l'État pour les hôpitaux militaires, les prestations versées aux anciens combattants ainsi que les prestations versées au titre de l'Aide médicale de l'État (AME), évaluées à 431 millions d'euros en 2009. L'AME est accordée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de 3 mois et disposant de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer. Au 31 décembre 2009, on comptait 215 700 bénéficiaires de l'AME, dont 192 200 en France métropolitaine et 23 500 dans les DOM.

DÉFINITIONS

Financements publics : Sécurité sociale et État (Aide médicale d'État, anciens combattants, CMU complémentaire des organismes de base, collectivités locales).

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

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 2009, prévisions 2010 », juin 2010.

« Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2009 », mai 2010, consultable sur www.cmu.fr.

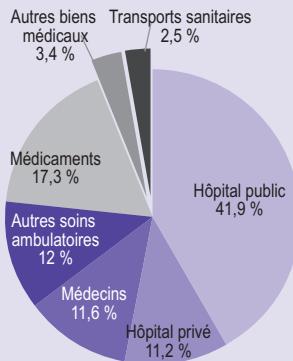
« Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », B. Boisguérin, B. Haury, *Études et Résultats*, n° 645, DREES, juillet 2008.

Financements publics en 2009 (en millions d'euros)

Dépenses par poste	Total 2009	Sécurité sociale *	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Part des financ. publics dans le total (en %)
Hôpitaux du secteur public	59 962	55 641	929	94,3
Hôpitaux du secteur privé	18 039	14 905	71	83,0
Sous-total : Soins hospitaliers	78 002	70 546	1 000	91,7
Médecins	22 147	15 380	330	70,9
Auxiliaires	11 874	9 417	89	80,1
Dentistes	9 774	3 300	285	36,7
Laboratoires d'analyses	4 459	3 151	76	72,4
Sous-total : Soins ambulatoires	48 254	31 249	779	66,4
Officines pharmaceutiques	35 383	23 010	426	66,2
Autres biens médicaux en ambulatoire	10 476	4 554	81	44,2
Transports de malades	3 592	3 349	29	94,1
CSBM	175 706	132 709	2 315	76,8
Soins aux personnes âgées en établissements	7 421	7 421	0	100,0
Aide aux malades (indemnités journalières)	11 927	11 927	0	100,0
Aide indirecte (subventions)	6 161	1 153	3 614	77,4
<i>Prévention individuelle</i>	3 250	527	1 378	58,6
<i>Prévention collective</i>	2 911	626	2 236	98,3
Sous-total : Prévention	1 958	1 958	0	100,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 543	0	3 159	41,9
Formation	1 332	17	1 192	90,7
Coût de gestion de la santé	15 297	8 302	1 156	61,8
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ **	223 091	163 488	11 436	78,4

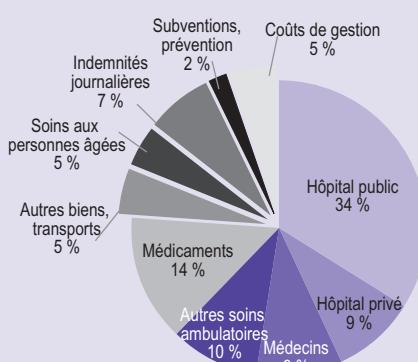
* Y compris déficit des hôpitaux publics. ** Corrigée du double-compte sur la recherche pharmaceutique. Sources • DREES, Comptes de la santé.

CSBM : structure de la dépense de la Sécurité sociale en 2009



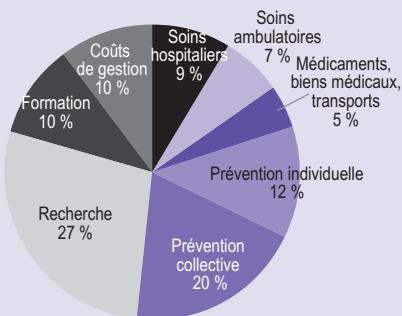
Sources • DREES, Comptes de la santé.

DCS : structure de la dépense de la Sécurité sociale en 2009



Sources • DREES, Comptes de la santé.

DCS : structure de la dépense de l'État, des collectivités locales et de la CMU-C org. de base en 2009



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.4 • 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 honoraires des médecins libéraux pour les actes accomplis en hospitalisation privée complète, mais hors soins de longue durée aux personnes âgées,
- la consommation de soins ambulatoires (y compris les consultations externes des hôpitaux publics, 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 résidents et les non-résidents 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 175,7 milliards d'euros en 2009.

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 la part du secteur médico-social qui concerne les soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées hébergées en établissement et les dépenses pour les personnes handicapées ou en situation précaire, ainsi que les indemnités journalières (IJ) de maladie et d'accidents du travail. Sont également exclues les dépenses qui n'ont pas le caractère de prestation : dotations à des fonds divers pour les soins de ville, cotisations sociales des professionnels de santé, aides à la télétransmission, ainsi que les dépenses remboursées des ressortissants français à l'étranger.

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 (y compris déficit des hôpitaux publics), la CSBM comprend celles de l'État (CMU, AME...), des organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) et des ménages eux-mêmes.

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

- des IJ de maladie et d'accidents du travail ;

- d'une partie des SLD aux personnes âgées hébergées en institution ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées ou en situation précaire ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à des fonds divers (**FIQCS, FAC...**) ;
- des prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger.

À l'exception des dépenses de l'ONDAM médico-social en faveur des personnes handicapées ou en situation précaire, des dotations aux fonds et des prises en charge des dépenses des ressortissants 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, 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 158,4 milliards en 2009 (donnée provisoire)

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 ; 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 ressortissants 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**).

Dépense courante de santé et ONDAM (en millions d'euros)

	Dépense courante de santé				ONDAM	
	2008	2009	2009 Sécurité sociale (1)		2008	2009
CSBM	170 058	175 706	132 709	ONDAM Assurance maladie	152 700	158 400
Soins hospitaliers	75 133	78 002	70 546	Soins hospitaliers	67 500	70 000
Secteur public	57 848	59 962	55 641			
Secteur privé	17 285	18 039	14 905			
Autres soins	94 925	97 705	62 162	Soins de ville	70 900	73 400
Soins ambulatoires	46 836	48 254	31 249	y c. indemnités journalières maladie et AT (4)	8 700	9 100
Médicaments	34 531	35 383	23 010	y c. cotis. sociales des professionnels de santé (4)	1 900	1 900
Autres biens médicaux	10 193	10 476	4 554	y c. FAC et télétransmission	200	200
Transports de malades	3 364	3 592	3 349			
Dépense Courante de Santé (DCS)	214 542	223 091	163 488			
CSBM	170 058	175 706	132 709	ONDAM médico-social	13 300	14 000
Autres dépenses pour les malades	17 840	19 349	19 349	contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (5)	5 900	6 300
Soins aux personnes âgées en établissements (2)	6 445	7 421	7 421			
Indemnités journalières (3)	11 395	11 927	11 927	contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées	7 400	7 700
Dépenses pour le système de santé	5 458	6 161	1 153			
Cotisations sociales des professionnels de santé (3)	10 479	10 833	1 975	Autres prises en charge	1 000	1 000
Prévention	1 880	1 958	1 958	FIQCS + Soins des ressortissants français à l'étranger +		
Recherche médicale et pharmaceutique	7 361	7 543		Établissements médico-sociaux hors champ CNSA (6)		
Formation des professionnels de santé	1 238	1 332	17			
Coût de gestion de la santé	14 832	15 297	8 302			
Double compte : recherche pharmaceutique	-4 125	-4 255				

(1) Y compris déficit des hôpitaux.

(2) Comprend les soins en USLD et les soins en EHPA et EHPAD. 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 2009).

(3) En "Soins de ville" dans l'ONDAM (à l'exclusion des IJ maternité non prises en compte dans l'ONDAM).

(4) Dans la DCS pour les Comptes de la santé.

(5) Cette contribution comprend la contribution de l'assurance maladie aux EHPA, EHPAD, SSIAD.

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

Sources • DREES, Comptes de la santé pour la DCS, Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale pour l'ONDAM.

Passage de la CSBM à l'ONDAM (en milliards d'euros)

	2009
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	132,7
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,0
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (hors IJ maternité)	9,1
+ Soins aux personnes âgées en établissement (2)	6,2
+ Ondam personnes handicapées	7,7
+ Dotations à différents fonds en soins de ville (FAC, télétransmission)	0,2
+ Autres prises en charge (3)	1,0
Total	158,9
Écart = déficit des hôpitaux publics et ajustements divers	-0,5
ONDAM (données provisoires – CCSS juin 2010)	158,4

(1) Y compris déficit des hôpitaux.

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

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

Sources • DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2010 pour l'ONDAM.

DÉFINITIONS

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

FAC : Fonds d'action conventionnelle.

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

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

4.5 • Le financement par les organismes complémentaires

La part des **organismes complémentaires** 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: 93,9% des ménages disposaient d'une couverture maladie complémentaire en 2006 selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'IRDÉS.

Cette part atteint 24,3 milliards d'euros en 2009, soit 13,8% de la CSBM contre 13,7% en 2008. Cette progression est 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 organismes complémentaires (+6,2% en 2009, après +8,3% en 2008).

Entre 2005 et 2008, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé avait en effet sensiblement augmenté, passant de 13,2% en 2005 à 13,7% en 2008. Cette progression était le résultat de deux évolutions contraires: une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers et les biens médicaux, et une réduction de leur prise en charge des médicaments, la part des organismes complémentaires dans les soins ambulatoires restant stable, de l'ordre de 20%.

Entre 2005 et 2008, la part des organismes complémentaires dans les dépenses hospitalières (5,3% en 2009) avait progressé en raison de la hausse annuelle de 1 € 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. Ces tarifs, qui servent de base au calcul des tickets modérateurs, sont déconnectés des tarifs opposables des **GHS** et peuvent donc être modulés par les établissements, avec l'autorisation des **ARH**. Pendant plusieurs années, quand les hôpitaux publics étaient financés par la dotation globale hospitalière, ces tarifs n'avaient pas été révisés régulièrement; la dégradation de la situation financière des hôpitaux publics depuis 2005 a cependant conduit ces hôpitaux à chercher à augmenter leurs ressources en actualisant les TJP pour tenir compte des coûts réels de séjour, et donc les tickets modérateurs qui sont en grande partie pris en charge par les organismes complémentaires.

À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une forte hausse des prestations des

organismes complémentaires sur les « autres biens médicaux » (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis neuf ans: elle atteint 37,1% en 2009 alors qu'elle n'était que de 26,3% en 2000.

L'augmentation des postes « Soins hospitaliers » et « Autres biens médicaux » dans les prestations des organismes complémentaires avait de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments. Ces organismes occupent en effet une part moins importante dans les dépenses de médicaments en raison des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 € par boîte en 2008, ce qui a augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires pour les médicaments est ainsi passée de 17,8% en 2005 à 16,7% en 2009.

Parmi les prestations versées par les organismes complémentaires, le premier poste revient aux médicaments, qui représentent le quart de leur contribution. Viennent ensuite les soins hospitaliers et les soins de médecins avec des parts sensiblement équivalentes (17% des versements), puis les dentistes (15%). Les versements pour les « autres biens médicaux » sont également importants (16%).

DÉFINITIONS

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

GHS: groupes homogènes de séjours.

ARH: agences régionales d'hospitalisation.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Les contrats d'assurance complémentaire en 2009 », M. Garnerot, M.-O. Rattier, *Études et Résultats*, DREES, à paraître.
Sites internet: www.mutualite.fr ou www.ctip.fr.

Financements des organismes complémentaires en 2009 (en millions d'euros)

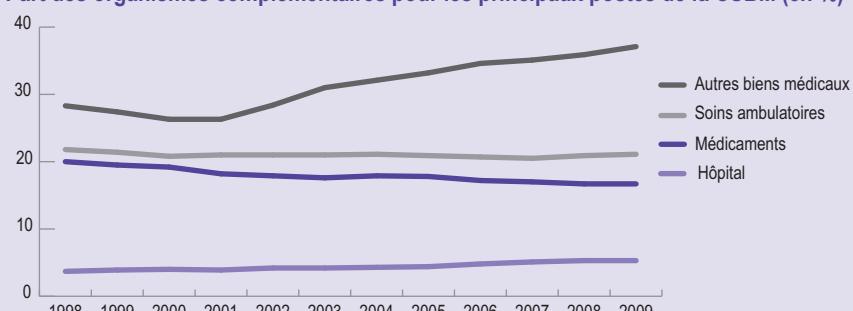
Dépenses par poste	Mutuelles *	Assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part dans la CSBM (en %)
CSBM	13 547	6 287	4 418	24 252	13,8
Soins hospitaliers	2 304	1 080	758	4 142	5,3
Soins ambulatoires	5 512	2 770	1 901	10 183	21,1
Médecins	2 294	1 158	754	4 206	19,0
Dentistes	1 864	991	859	3 714	38,0
Auxiliaires médicaux	780	290	119	1 189	10,0
Laboratoires d'analyses	574	331	169	1 074	24,1
Médicaments	3 755	1 370	790	5 914	16,7
Autres biens médicaux **	1 911	1 020	956	3 887	37,1
Transports de malades	65	47	14	126	3,5

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

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

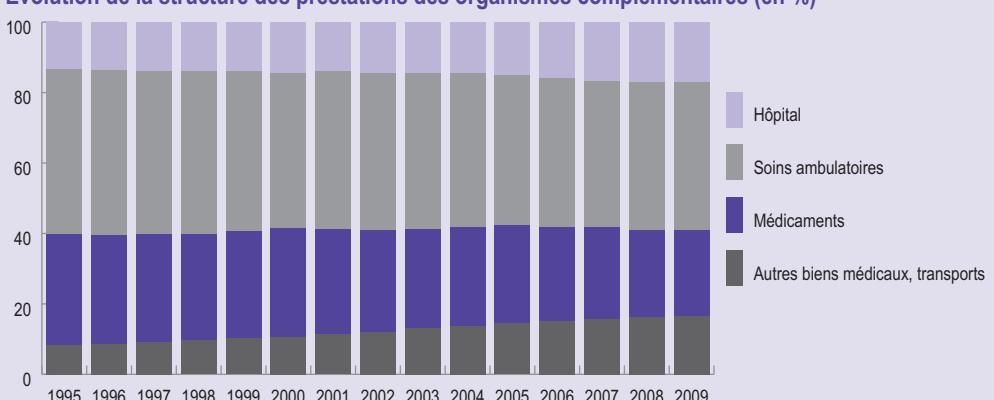
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Part des organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la structure des prestations des organismes complémentaires (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.6 • Le reste à charge des ménages

De 1995 à 2009, la structure du financement des dépenses de santé s'est légèrement déformée: la part du financement par la Sécurité sociale s'est réduite (de 77,1% à 75,5%) au profit des organismes complémentaires, dont la part est passée de 12,2% à 13,8%. Le **reste à charge** des ménages s'établit 16,4 milliards d'euros en 2009, soit 9,4% de la **CSBM** contre 9,6% en 1995.

De 1995 à 2004, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages était orientée à la baisse, passant de 9,6% de la CSBM à 8,4%. De 2005 à 2008, elle a crû sensiblement pour atteindre 9,5% de la CSBM en 2008. Cette progression a résulté en partie 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: la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages est en très légère diminution par rapport à 2008 (9,4% en 2009 contre 9,5% en 2008).

Entre 2005 et 2008, il a d'abord été introduit une participation forfaitaire d'un euro se déduisant du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou analyse de biologie médicale, à compter du 1^{er} janvier 2005; cette participation forfaitaire a généré environ 400 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, qui se sont reportés sur le reste à charge des ménages.

En 2006, les taux de remboursement des patients pour les consultations de médecins ont été modulés, selon que les patients respectent ou non le parcours de soins. Cette mesure s'est traduite en 2006 par une économie d'environ 150 millions d'euros pour la Cnamts, qui se sont reportés sur 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 400 millions d'euros d'économies pour l'assurance maladie, alourdisant d'autant le reste à charge.

En 2007, la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins s'est accrue: le taux de remboursement est ainsi passé à 50% au lieu de 70% pour les soins effectués dans le cadre du parcours coordonné. Ceci s'est traduit, pour le régime général, par une nouvelle économie de 75 millions d'euros en année pleine. Le plafond de la participation forfaitaire qui était fixé à 1 euro par jour, a été porté à 4 euros; cette mesure représente une économie annuelle de 140 millions d'euros.

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 rapporté 750 millions d'euros au régime général et 890 millions pour l'ensemble des régimes.

Ces mesures expliquent la variation de la part du reste à charge des ménages dans les grands postes de la CSBM. Cette part a augmenté entre 2005 et 2008 essentiellement pour les médicaments et, dans une moindre mesure, pour les soins ambulatoires; elle a diminué pour les autres biens médicaux (optique, matériels tels que fauteuils roulants...) en raison d'une hausse du nombre de patients pris en charge à 100% et d'une plus forte participation des organismes complémentaires dans ce type de dépenses. Elle est restée stable à un niveau extrêmement faible, de l'ordre de 3%, pour l'hôpital.

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).

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

POUR EN SAVOIR PLUS

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

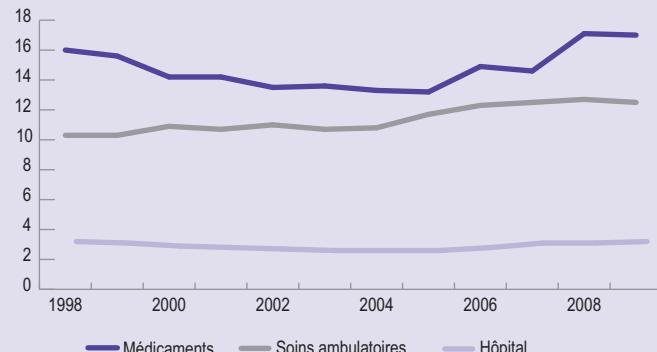
« 55 années de dépenses de santé: une rétropélation de 1950 à 2005 », A. Fenina, *Études et Résultats*, n° 572, Drees, mai 2007.

Reste à charge des ménages en 2009

	1995		2000		2005		2008		2009	
	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense	M€	% de la dépense
Ensemble	9 419	9,6	10 308	9,0	12 686	8,4	16 092	9,5	16 430	9,4
Hôpital	1 564	3,3	1 399	2,7	1 655	2,4	2 202	2,9	2 313	3,0
Soins ambulatoires	2 916	10,9	3 397	10,9	4 786	11,7	5 935	12,7	6 042	12,5
Médicaments	3 128	17,0	3 365	14,2	4 138	13,2	5 909	17,1	6 033	17,0
Autres biens médicaux	1 790	48,1	2 121	37,1	2 059	24,4	1 962	19,2	1 954	18,7
Transports de malades	21	1,4	25	1,3	48	1,7	86	2,5	88	2,4

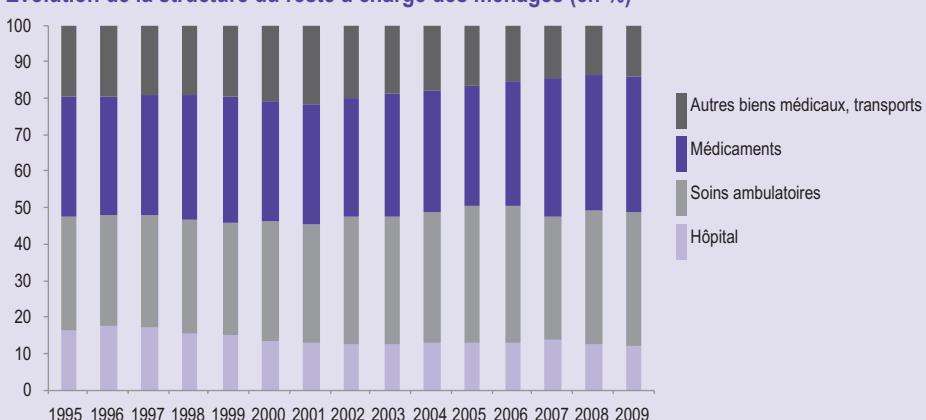
Sources • DREES, Comptes de la santé.

Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

Évolution de la structure du reste à charge des ménages (en %)



Sources • DREES, Comptes de la santé.

4.7 • 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. La CMU-C s'est substituée à l'aide médicale gratuite financée principalement par les conseils généraux. Son fonctionnement associe les régimes de base d'assurance-maladie et les organismes dispensant des couvertures complémentaires « maladie ». Son financement est assuré par le « Fonds CMU ».

Ce dispositif a été complété en 2005 (loi du 13 août 2004) 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.

Fin 2009, on compte 4,2 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire comme en 2008 et 600 000 bénéficiaires de l'ACS, soit 0,6 % de plus qu'en 2008. 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 14,5 % des bénéficiaires en 2009 (contre 13 % en 2008).

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 1,8 milliard d'euros en 2009.

Au 1^{er} janvier 2009, le Fonds CMU rembourse le coût de la CMU-C aux organismes concernés sous la forme d'un forfait fixé à 370 € par an et par bénéficiaire depuis le 1^{er} janvier 2009, ces organismes assurant la charge d'un éventuel surcoût. De 2006 à 2008, ce forfait était de 340 € ; il a été relevé en 2009 car les dépenses constatées (405 € en moyenne en 2008) dépassaient nettement ce montant, en particulier pour les bénéficiaires gérés par le régime général et par le régime agricole. En 2009, les dépenses par bénéficiaire s'élèvent à 407 € euros en moyenne. Seul le RSI reste « bénéficiaire » tandis que la CNAMTS supporte une charge

de 144 millions d'euros au titre de la CMU-C en 2009.

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 (110 millions d'euros en 2009 contre 87 millions en 2008).

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 2009). Dans ce cas, le Fonds CMU rembourse la différence aux organismes concernés.

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. Ainsi, 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 et CMU-C org. de base ». Ce montant s'écarte du montant versé par le Fonds CMU à ces régimes du surcoût de la prise en charge des CMUistes par ces régimes (144 millions d'euros en 2009) ;
- 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 2009 », mai 2010, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

Compte du Fonds CMU en 2009 (en millions d'euros)

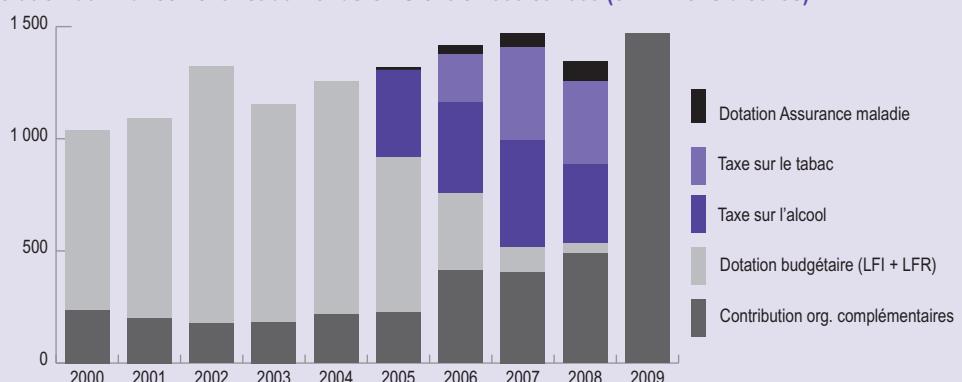
Charges		Produits	
Total charges	1 870	Total produits	1 870
Versements aux régimes de base	1 429	Contribution des org. complémentaires	1 791
Déductions « Contrats CMU-C » (1)	213		
Déduction « Crédit d'impôt pour acquisition d'une complémentaire santé » (2)	110		
Dotation aux provisions	98	Reprise sur provisions	79
Gestion administrative	1		
Résultat (excédent)	19		

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

(2) Avoirs accordés aux OC pour les crédits d'impôts accordés à leurs clients pour l'acquisition d'une complémentaire santé.

Sources • Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2009.

Évolution du financement net du Fonds CMU entre 2000 et 2009 (en millions d'euros)



Sources • Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2009.

Annexes

- Les agrégats des Comptes de la santé
- Le champ des Comptes de la santé
- La production des établissements de santé
- Des indices spécifiques au secteur de la santé
- Liste des sigles utilisés

1 • Les agrégats des Comptes de la santé

1.1 La consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des Comptes de la santé, regroupe :

- les consommations de soins des hôpitaux publics et privés (hors soins de longue durée), y compris les honoraires des médecins spécialistes libéraux pour les actes qu'ils accomplissent en hospitalisation privée complète,
- les consommations de soins ambulatoires (essentiellement ceux des professionnels de santé libéraux, mais aussi les consultations externes des hôpitaux publics, les soins pratiqués en dispensaire...),
- les consommations de transports de malades,
- les consommations de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), petits matériels et pansements).

La CSBM représente donc la valeur totale des soins, des biens et services médicaux consommés sur le territoire national (y compris dans les DOM) par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé ; les soins de longue durée en établissement en sont exclus. La valeur de la CSBM est égale aux dépenses d'origine publique ou privée qui en assurent le financement.

La présentation des différentes fonctions de soins composant la CSBM s'accompagne de l'analyse de leur production (intégrée aux Comptes de la nation) et de la structure de leur financement (soit la part respective de la Sécurité sociale, de l'État, des organismes complémentaires et des ménages).

1.2 Les autres dépenses courantes de santé

Les autres dépenses pour les malades

Il s'agit des soins de longue durée aux personnes âgées en établissement et des indemnités journalières maladies, accidents du travail et maternité.

Les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement concernent les personnes hospitalisées en services de soins de longue durée et les personnes qui sont placées en EHPA ou EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non).

Dans la base 2000 des Comptes nationaux, les soins de long séjour aux personnes âgées en établissement quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur de l'action sociale. Ces dépenses, désormais exclues de la CSBM, restent toutefois comprises dans la dépense courante de santé des comptes afin, compte tenu de leur nature sanitaire, de conserver un concept proche de celui utilisé pour les comparaisons internationales (la dépense totale de santé).

Les dépenses de prévention

Les dépenses de prévention individuelle peuvent être primaires (éviter les maladies) ou secondaires (dépistage). Ces dépenses sont dites « individualisables » parce qu'elles peuvent être rattachées à des individus.

Il n'en est pas de même des dépenses de prévention collective, qu'elles visent les comportements ou l'environnement.

Les dépenses en faveur du système de soins

Elles comprennent les subventions au système de soins, les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique, les dépenses de formation des personnels de santé ainsi que les coûts de gestion.

Les coûts de gestion de la santé représentent l'ensemble des coûts du ministère chargé de la Santé, ceux des organismes de base de la Sécurité sociale, des organismes complémentaires qui interviennent dans le domaine de la santé, ainsi que ceux des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM).

La prise en compte des dépenses de recherche pharmaceutique induit un double compte avec le poste médicament de la CSBM dans la mesure où les dépenses de recherche sont financées par le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Elles sont incorporées au prix des médicaments et donc au montant de la consommation de médicaments. Une ligne «double compte», dans le calcul de la dépense courante de santé, vient éliminer cet effet.

1.3 La dépense courante de santé (DCS)

C'est l'agrégat global des Comptes de la santé, puisqu'il regroupe tous les agrégats présentés ci-dessus et en constitue le total. La dépense courante de santé est donc la somme de 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 (formation brute de capital fixe: FBCF).

Plus précisément, la dépense courante de santé comprend la CSBM, les dépenses de prévention, les autres dépenses pour les malades et les dépenses en faveur du système de soins.

1.4 La dépense totale de santé (DTS)

Depuis 2006, le questionnaire des données de santé à transmettre aux organisations internationales, est commun à l'OCDE, à Eurostat et à l'OMS. Depuis cette date, le champ couvert par ces données a été élargi aux dépenses liées au handicap et à l'investissement du secteur privé.

Dans les comparaisons internationales présentées dans ce document, on se référera au ratio «Dépense totale de santé/PIB».

La définition internationale de la dépense totale de santé inclut la dépense courante de santé diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale et augmentée de l'investissement des secteurs publics et privés (FBCF) ainsi que de certaines dépenses liées au handicap (dépenses de la Sécurité sociale et des départements liées à l'accueil des personnes handicapées) et à la dépendance (une partie des dépenses d'ACTP¹ et d'APA² correspondant à des aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion par exemple des aides pour le ménage ou la préparation des repas).

Remarque

La Consommation médicale totale (CMT) regroupe la CSBM et les dépenses de prévention individualisables.

1 • ATCP : allocation compensatoire pour tierce personne.

2 • APA : allocation personnalisée d'autonomie.

2 • Le champ des Comptes de la santé

Le secteur médico-social est exclu du domaine de la santé au sens des Comptes nationaux en base 2000 car il prend en charge des perturbations *durables*, voire définitives, de l'état de santé alors que la fonction santé des Comptes nationaux est définie comme l'ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation *provisoire* de l'état de santé.

Le secteur médico-social peut se diviser en deux parties en fonction des publics concernés : les personnes âgées d'une part, les enfants et adultes handicapés d'autre part ; ces deux parties sont traitées différemment dans les Comptes de la santé.

2.1 Dans la consommation de soins et de biens médicaux

Depuis la base 2000 des Comptes nationaux, les soins de longue durée à l'hôpital ou en établissement pour personnes âgées quittent le domaine sanitaire pour intégrer le secteur médico-social. C'est donc l'ensemble des soins de longue durée en établissement qui sort du champ de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) des Comptes de la santé.

Les soins à domicile pour les personnes âgées sont en revanche toujours inclus dans la CSBM, qu'ils soient pratiqués par des professionnels libéraux ou par d'autres structures (services de soins infirmiers à domicile notamment). En effet, dans l'état actuel des données disponibles, il n'est pas possible de déterminer au sein des soins à domicile ceux qui sont spécifiquement liés à la prise en charge d'une perturbation durable de l'état de santé.

Les dépenses de santé en faveur des enfants et adultes handicapés hébergés en établissement sont exclues de la CSBM.

2.2 Dans la dépense courante de santé

Les soins pour personnes âgées, qu'ils soient à domicile ou en établissement, sont en revanche comptabilisés dans la dépense courante de santé (DCS), les dépenses de soins en établissement exclus de la CSBM étant réintégrés dans la dépense courante. Ces dépenses correspondent aux soins de longue durée dans les hôpitaux et aux soins en établissement pour personnes âgées (EHPA et EHPAD), ces derniers correspondant pour partie à l'ONDAM médico-social pour personnes âgées (les dépenses de dépendance et d'hébergement dans la tarification ternaire de ces établissements sont donc exclues de la dépense courante de santé).

Les dépenses en faveur des enfants et adultes handicapés hébergés en établissement sont exclues de la dépense courante de santé.

2.3 Dans la dépense totale de santé au sens de l'OCDE

Concernant les personnes âgées, afin de permettre des comparaisons internationales, on comptabilise dans la dépense totale de santé (DTS) non seulement les soins de longue durée en établissement mais également certaines dépenses médico-sociales liées à la dépendance proprement dite, à domicile comme en institution (principalement la partie de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) correspondant aux aides pour les activités essentielles de la vie quotidienne, comme se lever, se laver, se déplacer, à l'exclusion d'autres activités moins essentielles comme la préparation des repas, le ménage, etc.).

Les dépenses en faveur des enfants et adultes handicapés hébergés en établissement, exclues du secteur de la santé au sens des Comptes nationaux, ainsi que de la CSBM et de la dépense courante de santé, sont elles aussi dans la dépense totale de santé. Plus précisément, sont retenues

dans la DTS les prestations en nature en faveur des adultes et enfants handicapés, qui sont constituées essentiellement de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services (ONDAM médico-social personnes handicapées) et des dépenses d'accueil et d'hébergement financées par les départements dans le cadre de l'aide sociale.

2.4 La révision des Comptes

Comme l'ensemble de la comptabilité nationale, les Comptes de la santé reposent sur un système d'évaluation triennal glissant. Chaque année n, on estime un compte provisoire pour l'année n-1, fondé sur les informations disponibles, puis un compte semi-définitif de l'année n-2 qui est une révision du compte provisoire intégrant des données plus complètes. Enfin le compte définitif de l'année n-3 révise le compte semi-définitif.

Ainsi en 2010, on estime un compte provisoire pour 2009, un compte semi-définitif pour 2008 et on arrête un compte définitif pour 2007.

Pour le compte provisoire 2009, les points techniques suivants méritent d'être soulignés :

- l'évaluation des soins hospitaliers publics a été réalisée à partir de données de l'INSEE et de données comptables fournies par la Direction générale des finances publiques ;
- l'interprétation des données des secteurs hospitaliers public et privé doit intégrer la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Ceci rend délicate l'appréciation des évolutions. Cette réforme a modifié le codage de l'activité des établissements et par suite le partage entre effets volume et effets prix des évolutions de leurs dépenses ;
- les Comptes de la santé ont été arrêtés avec les données disponibles au 30 juin 2010.

3 • La production des établissements de santé

3.1 Définition du secteur public et du secteur privé hospitalier

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs repose sur leur mode de financement et non sur leur statut juridique.

On désigne par «secteur hospitalier public» l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et autres établissements privés qui étaient pour l'essentiel financés par la dotation globale, et qui, depuis 2004, sont financés par diverses dotations versées par les régimes de Sécurité sociale. Dès lors, leur production reste, au sens de la Comptabilité nationale, une production de services non marchands mesurée par les coûts, de même que la consommation qui en est l'exacte contrepartie.

Les établissements regroupés sous ce terme sont :

- les établissements publics de santé ;
- les établissements privés participant au service public hospitalier (établissements à but non lucratif) ;
- les anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1^{er} janvier 1997 mais ne participant pas au service public hospitalier (également à but non lucratif).

Le «secteur privé» désigne les établissements de soins privés anciennement hors dotation globale. Depuis le 1^{er} mars 2005, ils sont financés par la tarification à l'activité (T2A) pour la totalité de l'activité MCO (court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique).

Ce secteur est constitué :

- des établissements privés à but lucratif ;
- des anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1997 pour le régime conventionnel. Ces établissements, d'un poids moindre, se spécialisent dans les moyens séjours (soins de suite et de réadaptation) et longs séjours ;
- de quelques établissements privés à but non lucratif non PSPH.

Dans les Comptes nationaux, depuis le passage en «base 2000», les soins hospitaliers de longue durée ont été transférés du domaine de la santé à celui de l'action sociale. Ils restent intégrés à la dépense courante de santé, ainsi qu'à la dépense totale de santé afin de permettre des comparaisons internationales.

3.2 Les établissements de santé du secteur public

Sauf indication contraire, le terme «secteur public» désigne les établissements de soins anciennement sous dotation globale, quel que soit leur statut juridique public ou privé. Un changement important des modalités de financement s'est produit avec la réforme de la tarification à l'activité (T2A). Le passage de la dotation globale à la T2A, qui a débuté en 2004, s'est étendu progressivement jusqu'en 2008. Pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), le financement par la T2A (10% en 2004, 50% en 2007 et 100% en 2008) a été complété jusqu'en 2008, année de sa suppression totale, par une dotation annuelle complémentaire (DAC), qui représente une fraction de l'ancienne dotation globale hospitalière. Pour les activités hors MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, long séjour), sont créées plusieurs dotations différencierées.

Les comptes s'attachent avant tout à estimer la consommation finale de soins hospitaliers. Par convention, dans le secteur non-marchand de la santé (au sens de la Comptabilité nationale), celle-ci est égale à la production évaluée au coût des facteurs de production (salaire, consommations intermédiaires, impôts sur la production, consommation de capital fixe³...) diminuée des Ventes résiduelles (honoraires et prescriptions en activité libérale, chambre particulière, repas ou lit pour accompagnant, par exemple). Elle ne comprend pas la production des unités de long séjour, exclues en base 2000 du champ de la santé.

Compte de production des hôpitaux publics

Emplois	Ressources
Consommations intermédiaires (1)	Production non marchande (3)
Coûts salariaux	<i>dont Paiements partiels</i>
Impôts sur la production	Ventes résiduelles
Consommation de capital fixe (2)	

(1) Déduction faite de la rétrocession de médicaments.

(2) Cf. note de bas de page.

(3) Production non marchande = ex-DGH (ex-dotation globale hospitalière)

+ Paiements partiels

+ Prestations prises en charge par l'État

+ Solde des produits et charges divers (financiers, exceptionnels)

+ Déficit.

La production non marchande des hôpitaux publics inclut donc implicitement leur déficit.

3.3 Les établissements de santé du secteur privé

Sauf indication contraire, le terme « secteur privé » désigne les établissements de soins privés à but lucratif, ainsi que quelques établissements de soins privés à but non lucratif.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) leur a été appliquée à compter du 1^{er} mars 2005 sur la totalité de l'activité MCO.

3 • La consommation de capital fixe correspond à la dépréciation subie par le capital fixe au cours de l'année considérée par suite d'usure normale ou d'obsolescence prévisible ; évaluée par l'INSEE, elle est proche en théorie de la dotation aux amortissements.

4 • Des indices spécifiques au secteur de la santé

4.1 Indices de prix et de volume en comptabilité nationale⁴

Introduction

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Elle masque cependant certains phénomènes économiques importants. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes, d'une part le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : Valeur = Quantité x Prix.

Ainsi, si l'on observe au cours du temps le montant de transaction d'un bien déterminé, la différence de valeur enregistrée résulte soit d'une variation des quantités, soit d'une variation des prix.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la sommation d'un nombre de boîtes de médicaments avec celui de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume qui n'est autre que l'agrégation de la valeur des biens à l'année de base (ou année de référence). C'est ce que l'on résume par l'équation :

Valeur = Volume x Prix de l'année observée

—————
Prix de l'année de base

En base 2000, les indices sont chaînés et l'année de base ou année de référence est l'année N-1.

L'effet volume et l'effet prix en comptabilité nationale et dans les Comptes de la santé

En comptabilité nationale, les variations de volume ne représentent donc pas que de simples variations de quantités.

Pour chaque type de dépenses de santé coexistent généralement plusieurs prestations de soins ou plusieurs types de biens médicaux dont les caractéristiques bien que voisines, sont distinctes et dont la répartition peut se modifier au cours du temps. Or cette évolution n'est pas sans incidence sur le calcul des indices de volume.

Prenons l'exemple de deux médicaments utilisés à des fins identiques, mais de marques et de prix différents, et dont la consommation relative se déforme.

Année	Médicament 1			Médicament 2			Total		
	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix	Valeur	Quantités	Prix moyen	Valeur
N - 1	1 000	5,00 €	5 000	900	6,00 €	5 400	1 900	5,47	10 400
N	800	5,50 €	4 400	1 200	6,50 €	7 800	2 000	6,10	12 200

⁴ • Cette présentation s'appuie sur celle établie par l'INSEE dans « Système élargi de comptabilité nationale », n° 198-199 des collections de l'INSEE, série C, mai 1976.

Si l'on considérait que les médicaments constituaient un produit homogène :

- l'évolution de la valeur de la consommation serait : 12 200/10 400, soit +17,3% ;
- l'évolution du **volume** serait celles des quantités : 2 000/1 900, soit +5,3% ;
- l'évolution des **prix** se déduirait de celles du volume et de la valeur :

Indice de Prix = Indice de Valeur/Indice de Volume, soit +11,4%.

Mais en réalité, les deux médicaments ne sont pas exactement identiques, et la consommation se déplace du médicament 1 vers le médicament 2 dit «de meilleure qualité» ; son prix est un peu supérieur parce que plus récent, il intègre par exemple une amélioration pour être mieux toléré.

Pour distinguer «l'effet prix» de «l'effet volume» dans la variation de la valeur de la dépense totale de médicaments, on distingue en fait les deux types de médicaments dans les calculs.

On mesure séparément la valeur des médicaments à prix constants et par addition, on en déduit la valeur totale de ces médicaments à prix constants :

- valeur à prix constants du médicament 1 : 800 x 5 = 4 000 € ;
- valeur à prix constants du médicament 2 : 1 200 x 6 = 7 200 € ;
- d'où une valeur totale à prix constants (c.-à-d. un volume) de 11 200 M€ ;
- la variation en **volume** est alors de 11 200/10 400, soit + 7,7% ;
- la variation des **prix** est de 12 200/11 200, soit + 8,9%.

Cette prise en compte de la variation de nature d'un poste de dépense correspond à ce que l'on appelle souvent l'effet «qualité». Ce terme «qualité» se réfère uniquement aux caractéristiques tarifaires du bien et ne prétend pas mesurer la qualité perçue par l'utilisateur. Il vaut donc mieux parler de variation de «nature» plutôt que de qualité.

En reprenant l'exemple précédent, on peut dire que la nature moyenne de la consommation de médicaments a varié entre les deux années puisqu'il y a maintenant plus de consommation du médicament 2 que du médicament 1.

La variation de prix apparente (+11,4%) résulte en partie de ce changement de nature, mais si l'on veut se référer à une consommation de nature constante au cours du temps, il faut corriger cette variation de prix de l'incidence du changement de nature de la consommation, ce qui revient ici à ramener la hausse de prix de +11,4% à +8,9%.

La variation du volume intègre ainsi l'effet «qualité» : elle est de 7,7% alors que la simple hausse des quantités est de 5,3%.

La construction des indices

L'exemple ci-dessus permet de comprendre comment sont construits en comptabilité nationale, et dans les comptes de la santé, les indices de volume et de prix d'un poste de la nomenclature regroupant plusieurs produits élémentaires.

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indice 0 est relatif à l'année de base considérée. La pratique étant de chaîner les indices, cet indice désigne donc simplement l'année $n-1$, l'absence d'indice étant relatif à l'année n .

Les indices de volume sont des indices de Laspeyres (agrégation des indices élémentaires en les pondérant par les valeurs de l'année de base) et les indices de prix des indices de Paasche (agrégation des indices élémentaires en les pondérant par les valeurs de l'année observée).

Valeurs

L'indice de la valeur globale s'écrit :

$$I \text{ Val} = \frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de valeur à prix constants qui s'écrit :

$$I \text{ Vol} = \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \left(\frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Prix

L'évolution des prix s'en déduit :

$$I \text{ Px} = \frac{P}{P_0} = \frac{V/v}{V_0/v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p^i \left(\frac{p_0^i}{p^i} \right)}$$

Cas particuliers

Dans certains cas les prix ne sont pas directement observables ; c'est le cas des services non marchands pour lesquels la gratuité est la règle. Dans ce cas, on choisit une approche par les coûts de production (méthode input) ou une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output). Dans les Comptes de la santé, ces deux approches sont utilisées pour le calcul de l'indice de volume (et par conséquent de l'indice de prix qui s'en déduit) de la production de soins par les hôpitaux publics.

Dans d'autres cas les prix de l'année de base sont inconnus : c'est notamment le cas des nouveaux médicaments. Dans ce cas on ne comptabilise pas ce nouveau produit pour l'évaluation de l'indice de prix. Cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit dans l'indice de volume.

4.2 L'indice de volume de la production dans le secteur non marchand de la santé

À l'occasion du lancement des travaux de la base 2000 de la comptabilité nationale, une réflexion a été entreprise sur la mesure d'un indice de volume concernant la production des hôpitaux du secteur public hospitalier. Appartenant au secteur non marchand au sens de la comptabilité nationale, ces établissements voient leur production évaluée au coût des facteurs de production qu'ils mettent en œuvre pour fournir les services de santé. Jusqu'à la base 1995, le partage de l'évolution de cette production entre volume et prix était opéré en calculant un indice de prix des facteurs de production, et en déduisant une évolution en volume.

Avec le passage à la base 2000, et sur la recommandation d'Eurostat, l'INSEE a souhaité que le calcul des volumes ne se fasse plus par l'application de l'indice du coût des facteurs de production à la production en valeur, mais par une méthode de mesure directe de la production (méthode output). Cette seconde méthode est en effet plus proche de l'idée intuitive de volume et elle permet d'améliorer la comparabilité entre les États membres de l'Union européenne.

La nouvelle approche consiste à élaborer un indice de volume de la production en pondérant par leurs coûts relatifs les indices de variation des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE) réalisée par la DREES, ainsi que des indicateurs d'activité obtenus par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et en particulier ceux du court séjour. Elle est directement liée à l'activité réelle des établissements qui peut, dans certains cas, s'éloigner du coût des facteurs. Cette nouvelle méthode est cohérente avec la mise en place progressive de la tarification à l'activité des hôpitaux, qui conduit à la production directe de données d'activité économiquement significatives.

Types de séjour	Évaluation de la structure 2006 du montant des dépenses	Indices de volume en 2007
MCO hors séjours < 24 H	0,628	1,015
CMD 24	0,160	1,007
PSY	0,132	1,003
SSR	0,080	1,022
Indice de volume	1,000	1,013

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Cette méthode «output» appliquée au compte définitif 2007 donne le résultat suivant :

Les indices de volume des quatre grandes catégories de types de séjour sont eux-mêmes le résultat d'indices de quantité de sous rubriques de dépenses (par exemple les 600 GHM en version 9 du PMSI) pondérés par la part financière de chaque sous rubrique.

Sur la période 2000-2007, la méthode «output» donne des résultats proches chaque année de ceux obtenus par l'ancienne méthode utilisée dans les Comptes nationaux de la santé (coût des facteurs), l'écart est plus élevé de 2005 à 2007 avec l'apparition de la T2A.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Méthode «input»	1,0045	1,0082	1,0134	1,0099	1,0148	1,0263	1,0204	1,0155
Méthode «output»	1,0046	1,0080	1,0131	1,0111	1,0149	1,0233	1,0167	1,0127
Écart entre «input» et «output»	0,0000	0,0002	0,0004	-0,0013	-0,0001	0,0030	0,0036	0,0028

Sources • DREES, Comptes de la santé.

Comparaison des évolutions en volume obtenues par les méthodes «input» et «output»

La méthode «output» est utilisée dans les Comptes nationaux et dans les Comptes de la santé pour le compte définitif.

4.3 Le prix des soins de médecins

L'indice des prix à la consommation (IPC) publié par l'INSEE mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus avant remboursement par l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Le champ retenu concerne tous les soins des médecins libéraux, y compris les honoraires de médecins des cliniques privées intervenant lors d'une hospitalisation complète.

L'indice des prix à la consommation sert de base à l'évaluation du prix des soins de médecins dans les Comptes de la santé, mais il est corrigé marginalement pour s'adapter au champ spécifique de ces comptes : les Comptes de la santé intègrent dans les soins de médecins les consultations externes des hôpitaux, mais excluent les honoraires de médecins intervenant lors d'une hospitalisation complète en clinique.

4.4 Le prix des médicaments

Le partage volume-prix s'opère à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE. Par construction, cette méthode revient à comptabiliser tout nouveau produit apparu en cours d'année dans les seuls volumes.

Dans le cas des médicaments, on considère un médicament comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, on ne considère pas un médicament comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Comme le médicament générique est commercialisé à un prix inférieur à celui du princeps, son arrivée sur le marché a pour effet direct de faire baisser l'indice des prix. À cet effet mécanique peut s'ajouter la diminution du prix des princeps que les laboratoires peuvent décider pour maintenir leur part de marché, notamment pour les médicaments soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR): l'assurance-maladie rembourse alors le princeps sur la base du prix du médicament générique. L'écart de prix entre générique et princeps est en diminution sous l'effet des réactions de l'industrie pharmaceutique en matière de prix des princeps. Depuis plusieurs années, l'évolution de l'indice des prix des médicaments remboursés est orientée à la baisse, ce qui traduit l'augmentation de la part de marché des médicaments génériques mais aussi les baisses de prix décidées pour limiter les dépenses de l'assurance-maladie.

Le déremboursement, partiel ou total, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice des prix. Cependant, à l'occasion d'un déremboursement total, le volume des ventes peut diminuer. Les laboratoires peuvent, pour compenser cette baisse, décider une hausse des prix. Celle-ci provoque une augmentation du prix des médicaments non remboursés.

5 • Liste des sigles

A

AcBUS: Accord de bon usage des soins

ACP: Autorité de contrôle prudentiel

ACS: Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

ADELI: Automatisation DEs Listes (système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue)

AFSSAPS: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD: Affection de longue durée

AME: Aide médicale de l'État

AMM: Autorisation de mise sur le marché

AMO: Assurance maladie obligatoire

ANR: Agence nationale de la recherche

ARH: Agence régionale d'hospitalisation

ASMR: Amélioration du service médical rendu (médicament)

ATIH: Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AT/MP: Accidents du travail – Maladies professionnelles

B

BPE: Base permanente des équipements de l'Insee

C

CAHT et CATTC: chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises

CCAM: Classification commune des actes médicaux

CCSS: Commission des comptes de la sécurité sociale

CCMSA: Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CEPS: Comité économique des produits de santé

CIP: Code d'identification des présentations (des médicaments)

CMU-C: Couverture maladie universelle - complémentaire

CNAF: Caisse nationale d'allocations familiales

CNAMTS: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAV: Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNETh: Conseil national des exploitants thermaux

CNRS: Centre national de la recherche scientifique

CNSA: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie

CSBM: Consommation de soins et de biens médicaux

CTIP: Centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS: Dépense courante de santé

DGFIP: Direction générale des finances publiques

DGH: Dotation globale hospitalière

DGTPE: Direction générale du trésor et de la politique économique

DIS: Diplômé inter-universitaire de spécialité

DMI: Dispositifs médicaux implantables

DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTS: Dépense totale de santé

E

EHPA: Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPAS: Échantillon Permanent des Assurés sociaux de la caisse nationale d'assurance maladie

EPHMRA: European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)

EPRUS: Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

ETP: Équivalent temps plein

F

FAC: Fonds d'action conventionnelle

FFI: Médecin « faisant fonction d'interne »

FFSA: Fédération française des sociétés d'assurances

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

FMESPP: Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

FNMF: Fédération nationale de la mutualité française

FNPEIS: Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

FSE: Forfait « sécurité et environnement hospitalier »

G

GERS: Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)

GHM: Groupe homogène de malades

GHS: Groupe homogène de séjours

GIR: Groupes Iso Ressources (codification de la dépendance)

H

HAD: Hospitalisation à domicile

HAS: Haute autorité de santé

HCAAM: Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP: Haut conseil en santé publique

I

ICM: Indice comparatif de mortalité

IFSI: Institut de formation aux soins infirmiers

IGN: Institut géographique national

IJ: indemnités journalières

INES: INsee-dreES (modèle de micro-simulation sur les revenus des ménages développé par l'INSEE et la DREES)

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale

IP: Institution de prévoyance

IPC: Indice des prix à la consommation (INSEE)

IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ISBLSM: Institutions sans but lucratif au service des ménages

L

LEEM: Les entreprises du médicament

LPP: Liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MCO: Médecine, chirurgie, obstétrique

MECSS: Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

MIGAC: Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Mires: Mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »

MSA: Mutualité sociale agricole

N

NGAP: Nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC: Organismes complémentaires d'assurance maladie

OCDE: Organisation de coopération et de développement économiques

ODMCO: Objectif de dépenses de maternité, chirurgie, obstétrique

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONDAM: Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ONDPS: Observatoire national des professions de santé

OQN: Objectif quantifié national

P

PIB: Produit intérieur brut

PJP (ex): Établissement hospitalier à prix de journée préfectoral

PLFSS: Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PMI: Protection maternelle et infantile

PMSI: Programme de médicalisation des systèmes d'information (Système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

PQE: Programmes de qualité et d'efficience (annexes au PLFSS)

PSCE: Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES

PSPH: Établissement de santé «participant au service public hospitalier»

R

RAC: Reste à charge

RG: Régime général (de l'assurance maladie)

RSI: Régime social des indépendants

S

SAE: Statistique annuelle des établissements de santé

SMR: Service médical rendu (par un médicament)

SMUR: Service médical d'urgence

SNIIRAM et SNIR: Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

SPS: Enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSIAD: Services de soins infirmiers à domicile

SSR: Soins de suite et de réadaptation

T

T2A: Tarification à l'activité

TFR: Tarif forfaitaire de responsabilité

TJP: Tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM: Ticket modérateur

U

UFR: Unité de formation et de recherche

UNCAM: Union nationale des caisses d'assurance maladie

USLD: Unité de soins de longue durée

V

VHP: Véhicule pour handicapé physique

VSL: Véhicule sanitaire léger

Tableaux détaillés

CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

valeur en millions d'euros courants

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 471	75 133	78 002
• Secteur public	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 001	57 848	59 962
• Secteur privé	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 470	17 285	18 039
2. SOINS AMBULATOIRES	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 907	42 735	45 003	46 836	48 254
• Médecins	12 884	13 185	13 483	13 977	14 500	15 191	15 743	16 819	17 941	18 475	19 068	19 861	20 823	21 570	22 085
• Auxiliaires médicaux	5 177	5 344	5 303	5 547	5 916	6 294	6 669	7 312	7 898	8 416	8 853	9 453	10 248	10 982	11 627
- infirmiers	2 697	2 766	2 762	2 867	3 055	3 249	3 341	3 655	4 024	4 299	4 564	4 911	5 377	5 816	6 339
- masseurs-kinésithérapeutes	2 105	2 176	2 131	2 251	2 392	2 547	2 796	3 062	3 226	3 430	3 572	3 789	4 073	4 318	4 404
- autres	375	402	410	429	469	497	532	595	649	687	718	753	797	848	884
• Dentistes	5 950	6 147	6 261	6 415	6 459	6 688	7 276	7 694	8 240	8 629	8 721	9 079	9 395	9 631	9 774
• Analyses	2 387	2 367	2 411	2 537	2 659	2 795	2 989	3 294	3 593	3 833	3 974	4 102	4 233	4 348	4 459
• Cures thermales (forfait soins)	258	256	271	279	286	275	285	288	291	290	290	290	304	305	308
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 235	3 364	3 592
4. MÉDICAMENTS	18 454	18 739	19 360	20 522	21 903	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 637	34 531	35 383
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 433	8 968	9 624	10 193	10 476
• Optique	2 540	2 593	2 606	2 697	2 837	3 236	3 585	3 741	3 901	4 106	4 242	4 444	4 633	4 773	4 956
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	776	789	736	761	814	890	981	1 071	1 137	1 220	1 285	1 394	1 468	1 565	1 616
• Petits matériels et parfums	405	542	751	1 009	1 404	1 588	1 870	2 119	2 382	2 677	2 906	3 131	3 523	3 855	3 904
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98 032	100 418	102 208	105 926	109 834	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	163 970	170 058	175 706
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	1 974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 657	2 795	2 799	2 910	3 009	3 116	3 250
• Prévention individuelle primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 230	2 343	2 297	2 365	2 441	2 528	2 623
• Prévention individuelle secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	427	452	502	544	569	588	627
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	100 006	102 467	104 301	108 105	112 080	117 437	124 132	132 059	140 540	147 658	154 007	160 203	166 980	173 174	178 956

CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

indice de valeur : base 100 année précédente

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	102,0	105,1	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	104,7	105,0	103,6	103,5	103,7	103,8	
• Secteur public	102,8	105,1	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,6	103,5	103,2	103,3	
• Secteur privé	99,5	105,0	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	105,6	104,7	106,0	104,1	104,4	104,4	
2. SOINS AMBULATOIRES	103,1	105,6	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,2	104,6	105,2	104,1	103,0
• Médecins	103,2	104,7	101,5	102,3	103,7	103,7	104,8	103,6	106,8	106,7	103,0	103,2	104,2	104,8	103,6	102,4
• Auxiliaires médicaux	104,0	107,1	103,2	99,2	104,6	106,7	106,4	106,0	106,6	108,0	106,5	105,2	106,8	108,4	107,2	105,9
- infirmiers	103,8	107,0	102,5	99,9	103,8	106,6	106,3	102,8	109,4	110,1	106,8	106,2	107,6	109,5	108,2	109,0
- masseurs-kinésithérapeutes	103,9	107,0	103,4	97,9	105,6	106,3	106,5	109,8	109,5	105,4	106,3	104,1	106,1	107,5	106,0	102,0
- autres	105,8	107,6	107,2	102,1	104,5	109,3	106,2	106,9	111,9	109,1	105,8	104,5	104,9	105,9	106,3	104,3
• Dentistes	102,3	105,5	103,3	101,9	102,4	100,7	103,2	109,1	105,7	107,1	104,7	101,1	104,1	103,5	102,5	101,5
• Analyses	103,2	107,3	99,2	101,9	105,2	104,8	105,1	107,0	110,2	109,1	106,7	103,7	103,2	103,2	102,7	102,6
• Cures thermales (forfait soins)	101,3	101,1	99,2	105,8	102,8	102,5	96,3	103,5	101,1	101,0	99,7	100,1	99,9	105,0	100,4	101,0
3. TRANSPORTS DE MALADES	105,0	108,4	99,2	100,7	109,1	108,2	108,4	109,6	109,2	108,2	108,0	107,0	109,2	104,9	104,0	106,8
4. MÉDICAMENTS	105,1	105,9	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	103,0	103,8	102,7	102,5
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	109,0	108,1	105,5	104,3	109,1	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,4	106,3	107,3	105,9	102,8	
• Optique	105,0	105,6	102,1	100,5	103,5	105,2	114,1	110,8	104,4	104,3	105,3	103,3	104,8	104,3	103,0	103,8
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	102,8	107,6	101,7	93,2	103,4	107,0	109,3	110,2	106,2	107,3	105,3	108,4	105,3	106,6	103,2	
• Petits matériels et pansements	131,4	112,8	133,9	138,5	134,4	139,1	113,1	117,8	113,3	112,4	112,4	108,5	107,7	112,5	109,4	101,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	103,3	105,6	102,4	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	105,1	104,4	104,0	104,2	103,7	103,3	
6. MÉDECINE PRÉVENTIVE	103,2	103,9	103,8	102,2	104,1	103,1	103,1	103,7	104,5	105,8	105,2	100,1	104,0	104,3	103,6	104,3
• Prévention individuelle primaire	102,7	103,4	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,1	105,1	98,0	103,0	103,2	103,6	103,8
• Prévention individuelle secondaire	106,3	106,3	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,0	108,4	109,6	103,5	106,6
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE	103,3	105,6	102,5	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	105,1	104,3	104,0	104,2	103,7	103,3	

CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

indices de prix : base 100 année précédente

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	101,5	103,5	101,8	100,9	101,2	101,6	102,1	103,1	104,3	104,6	103,1	102,4	101,6	101,6	101,6	101,1
• Secteur public	101,7	103,7	101,7	100,8	101,3	102,2	102,6	103,5	104,6	104,9	103,2	102,3	101,8	101,9	101,8	101,3
• Secteur privé	100,8	102,9	102,1	101,2	100,7	99,6	100,5	101,9	103,2	103,5	103,0	102,7	101,0	100,7	100,8	100,5
2. SOINS AMBULATOIRES	100,6	101,5	101,0	100,7	100,6	100,5	100,4	99,0	102,9	103,5	100,9	101,5	102,5	102,1	101,5	100,8
• Médecins	100,8	103,2	101,1	100,5	101,0	100,6	100,6	100,6	106,2	105,4	101,1	102,7	104,6	103,4	101,6	100,2
• Auxiliaires médicaux	100,8	101,6	101,0	101,0	100,5	101,5	100,2	99,2	104,5	103,1	101,4	100,0	100,0	100,9	101,7	102,0
• Dentistes	100,5	98,6	101,0	100,9	99,9	99,7	101,2	95,6	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8	101,3	101,8	101,2
• Analyses	99,6	100,4	100,2	100,1	100,0	99,2	98,3	98,4	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Cures thermales	100,7	101,7	100,8	100,7	100,8	101,0	100,2	99,6	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7	106,4	103,2	102,7
3. TRANSPORTS DE MALADES	101,8	101,9	101,6	102,3	100,8	102,9	101,6	103,3	102,1	101,9	100,5	101,9	103,2	101,3	101,0	103,0
4. MÉDICAMENTS	100,0	99,0	100,7	100,1	100,0	99,8	99,6	98,9	98,9	99,6	98,8	98,8	96,3	97,5	97,7	97,4
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	100,8	101,2	101,7	100,1	100,7	100,9	100,7	101,1	101,1	101,5	101,5	101,1	100,2	100,5	101,1	101,5
• Optique	100,9	101,8	102,1	99,7	100,9	101,5	100,5	101,1	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2	100,7	101,6	101,1
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	100,5	100,7	100,7	100,4	100,0	100,8	100,9	100,7	100,3	100,8	100,6	100,2	100,3	100,4	100,0	100,0
• Petits matériels et parfums	100,7	100,8	101,1	100,8	100,5	100,2	101,1	101,0	100,9	100,5	100,9	100,5	100,3	100,3	100,8	102,7
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	101,0	101,8	101,4	100,7	100,8	100,9	101,1	101,0	102,5	103,0	101,5	101,3	100,7	100,8	100,7	100,3

CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

indices de volume : base 100 année précédente

	1995-2000	2000-2005	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	100,5	101,6	101,0	100,2	100,9	99,9	100,5	100,8	101,6	101,3	101,5	102,5	102,0	101,8	102,0	102,7
• Secteur public	101,1	101,4	101,2	100,2	103,1	100,6	100,5	100,8	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	101,4	102,3
• Secteur privé	98,7	102,1	100,5	100,5	94,4	97,7	100,6	100,9	102,7	102,0	101,6	103,2	103,1	103,7	104,1	103,8
2. SOINS AMBULATOIRES	102,5	104,0	101,0	100,9	103,1	103,2	104,3	106,7	104,4	103,6	103,5	101,7	102,1	103,0	102,5	102,2
• Médecins	102,4	101,4	100,4	101,7	102,6	103,1	104,1	103,0	100,6	101,3	101,9	100,5	99,6	101,4	101,9	102,2
• Auxiliaires médicaux	103,1	105,3	102,2	98,3	104,1	105,1	106,2	106,8	104,9	104,8	105,0	105,2	106,8	107,4	105,4	103,8
• Dentistes	101,8	107,0	102,3	100,9	102,6	101,0	102,0	114,1	110,9	106,1	104,4	100,1	102,3	102,2	100,7	100,3
• Analyses	103,7	106,9	99,0	101,8	105,2	105,6	106,9	108,7	107,9	107,5	106,7	103,7	103,2	103,2	102,7	102,6
• Cures thermales	100,6	99,3	98,4	105,1	102,0	101,5	96,1	104,0	98,2	98,5	98,2	98,1	97,3	98,6	97,3	98,4
3. TRANSPORTS DE MALADES	103,1	106,3	97,7	98,4	108,2	105,2	106,6	106,1	107,0	106,2	107,5	104,9	104,9	103,6	102,9	103,6
4. MÉDICAMENTS	105,0	107,0	100,8	103,2	106,0	107,0	108,3	109,1	106,8	106,5	107,0	105,5	107,0	106,4	105,0	105,2
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	108,1	106,8	103,7	104,2	108,3	112,2	112,2	111,5	106,5	105,4	106,2	104,2	106,1	106,8	104,8	101,3
• Optique	104,0	103,7	100,0	100,8	102,5	103,7	113,5	109,6	102,9	101,7	103,0	101,6	104,5	103,5	101,4	102,7
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	102,2	106,9	101,0	92,6	103,0	107,0	108,4	109,2	108,4	105,8	106,4	104,8	108,3	105,0	106,1	103,2
• Petits matériels et pansements	130,5	112,0	132,4	137,4	133,7	138,8	111,9	116,6	112,3	111,9	111,4	108,0	107,4	112,2	108,6	98,6
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	102,3	103,8	101,1	101,1	102,9	102,8	103,7	104,7	103,8	103,3	103,6	103,1	103,3	103,4	103,0	103,0

CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

valeur : millions d'euros 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. SOINS HOSPITALIERS	51 294	51 831	51 958	52 461	52 414	52 668	53 097	53 963	54 676	55 503	56 898	58 016	59 079	60 301	61 926
• Secteur public	38 626	39 102	39 164	40 381	40 617	40 802	41 128	41 666	42 130	42 759	43 757	44 490	45 053	45 700	46 772
• Secteur privé	12 668	12 729	12 794	12 080	11 797	11 866	11 969	12 297	12 546	12 744	13 141	13 526	14 026	14 601	15 154
2. SOINS AMBULATOIRES	27 596	27 886	28 140	29 015	29 550	31 223	33 307	34 790	36 081	37 377	38 002	38 824	40 021	41 018	41 894
• Médecins	13 485	13 544	13 781	14 146	14 587	15 191	15 649	15 739	15 936	16 232	16 315	16 251	16 471	16 787	17 155
• Auxiliaires médicaux	5 398	5 517	5 420	5 641	5 927	6 294	6 723	7 052	7 388	7 760	8 164	8 715	9 362	9 868	10 242
• Dentistes	6 112	6 252	6 311	6 472	6 536	6 668	7 611	8 440	8 957	9 354	9 360	9 575	9 781	9 849	9 878
• Analyses	2 334	2 310	2 351	2 474	2 614	2 795	3 038	3 278	3 524	3 760	3 897	4 024	4 152	4 265	4 374
• Cures thermales	267	263	277	282	286	275	286	281	276	271	266	259	255	249	245
3. TRANSPORTS DE MALADES	1 617	1 579	1 553	1 681	1 768	1 886	2 001	2 141	2 275	2 445	2 565	2 715	2 813	2 896	3 001
4. MÉDICAMENTS	18 490	18 646	19 244	20 400	21 820	23 631	25 780	27 535	29 331	31 378	33 113	35 421	37 684	39 578	41 618
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	3 878	4 022	4 192	4 540	5 091	5 714	6 369	6 781	7 152	7 600	7 926	8 413	8 988	9 423	9 537
• Optique	2 661	2 661	2 683	2 751	2 851	3 236	3 546	3 648	3 710	3 822	3 884	4 060	4 202	4 262	4 379
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicaps physiques	797	805	745	767	821	890	972	1 054	1 116	1 187	1 244	1 347	1 415	1 501	1 549
• Petits matériels et pansements	420	556	764	1 022	1 419	1 588	1 851	2 079	2 326	2 591	2 798	3 006	3 371	3 660	3 609
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	102 875	103 964	105 087	108 997	111 043	115 122	120 554	125 210	129 515	134 303	138 504	143 389	148 585	153 216	157 976

CONSOMMATION DE SOINS ET BIENS MÉDICAUX

indices de volume : base 100 en 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. SOINS HOSPITALIERS	97,4	98,4	98,7	98,6	99,5	100,0	100,8	102,5	103,8	105,4	108,0	110,2	112,2	114,5	117,6
• Secteur public	94,7	96,0	99,0	99,5	100,0	100,8	102,1	103,3	104,8	107,2	109,0	118,2	123,0	127,7	
• Secteur privé	106,8	107,3	107,8	101,8	99,4	100,0	100,9	103,6	105,7	107,4	110,7	114,0	120,9	125,0	130,6
2. SOINS AMBULATOIRES	88,4	89,3	90,1	92,9	95,9	100,0	106,7	111,4	115,6	119,7	121,7	124,3	128,2	121,4	134,2
• Médecins	88,8	89,2	90,7	93,1	96,0	100,0	103,0	103,6	104,9	106,9	107,4	107,0	108,4	110,5	112,9
• Auxiliaires médicaux	85,8	87,7	86,1	89,6	94,2	100,0	106,8	112,0	117,4	123,3	129,7	138,5	148,7	156,8	162,7
• Dentistes	91,7	93,8	94,6	97,1	98,0	100,0	114,1	126,6	134,3	140,3	140,4	143,6	146,7	147,7	148,1
• Analyses	83,5	82,6	84,1	88,5	93,5	100,0	108,7	117,3	126,1	134,5	139,4	144,0	148,6	152,6	156,5
• Cures thermales	97,1	95,6	100,7	102,5	104,0	100,0	104,0	102,2	100,4	98,5	96,7	94,2	92,7	90,5	89,1
3. TRANSPORTS DE MALADES	85,7	83,7	82,3	88,1	93,7	100,0	106,1	113,5	120,6	129,6	136,0	144,0	149,2	153,6	159,1
4. MÉDICAMENTS	78,2	78,9	81,4	88,3	92,3	100,0	109,1	116,5	124,1	132,8	140,1	149,9	159,5	167,5	176,1
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	67,9	70,4	73,4	79,5	89,1	100,0	111,5	118,7	125,2	133,0	138,7	147,2	157,3	164,9	166,9
• Optique	82,2	82,2	82,9	85,0	88,1	100,0	109,6	112,7	114,6	118,1	120,0	125,5	129,9	131,7	135,3
• Prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques	89,6	90,4	83,7	86,2	92,2	100,0	109,2	118,4	125,4	133,4	139,8	151,3	159,0	168,7	174,0
• Petits matériels et pansements	26,4	35,0	48,1	64,4	89,4	100,0	116,6	130,9	146,5	163,2	176,2	189,3	212,3	230,5	227,3
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...5)	89,4	90,3	91,3	93,9	96,5	100,0	104,7	108,8	112,5	116,7	120,3	124,6	129,1	133,1	137,2

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ

valeur : millions d'euros courants

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	98 032	100 418	102 208	105 926	109 334	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 208	157 294	163 970	170 058	175 706
• Soins aux particuliers															
- soins hospitaliers	75 857	77 753	78 754	80 937	82 871	85 777	89 792	95 689	101 908	106 673	111 309	115 905	120 709	125 334	129 848
Secteur public	47 625	48 990	49 551	50 576	51 313	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	67 580	70 036	72 471	75 133	78 002
Secteur privé	35 467	36 514	36 864	38 518	39 579	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	52 431	54 264	56 001	57 848	59 962
- soins ambulatoires	12 158	12 476	12 686	12 058	11 733	11 866	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 773	16 470	17 285	18 039
- transports de malades	26 756	27 299	27 730	28 754	29 818	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	40 907	42 785	45 003	46 836	48 254
1 476	1 464	1 474	1 608	1 740	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	2 823	3 083	3 235	3 364	3 592	
18 454	18 739	19 360	20 522	21 908	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 466	32 421	33 637	34 531	35 383	
• Médicaments	3 721	3 925	4 093	4 466	5 055	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 433	8 968	9 624	10 193	10 476
12. SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	2 270	2 381	2 476	2 595	2 720	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200	5 651	6 445	7 421
13. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	6 694	6 649	7 065	7 487	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 400	10 772	11 395	11 927	
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	106 953	109 493	111 333	115 586	120 040	126 215	133 589	142 582	152 032	159 440	166 280	172 894	180 394	187 898	195 055
21 - Prévention individuelle	1974	2 049	2 094	2 179	2 246	2 316	2 403	2 511	2 657	2 795	2 799	2 884	3 009	3 116	3 250
• Prévention primaire	1 702	1 758	1 785	1 842	1 887	1 947	2 019	2 121	2 230	2 343	2 297	2 365	2 441	2 528	2 623
• Prévention secondaire	272	291	308	337	359	369	383	390	427	452	502	519	569	588	627
22 - Prévention collective	1 482	1 511	1 557	1 627	1 692	1 779	1 823	2 233	2 317	2 083	2 140	2 256	2 306	2 342	2 911
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	3 456	3 560	3 650	3 806	3 938	4 095	4 226	4 744	4 974	4 883	4 938	5 140	5 315	5 458	6 161
31. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 465	1 415	1 481	1 542	1 616	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 086	1 863	1 880	1 958
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	4 092	4 125	4 121	4 246	4 981	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 621	7 035	7 243	7 361	7 543
33. DÉPENSES DE FORMATION	687	701	724	754	784	817	838	894	931	979	1 014	1 057	1 152	1 238	1 332
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	6 243	6 241	6 326	6 542	7 381	7 852	8 247	8 888	9 189	9 546	9 748	10 179	10 258	10 479	10 833
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	9 616	9 922	10 152	10 435	10 912	11 372	11 723	12 114	12 622	12 910	13 684	14 188	14 597	14 832	15 297
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	-1 967	-1 982	-1 975	-2 052	-2 481	-2 641	-2 773	-3 108	-3 311	-3 398	-3 810	-4 012	-4 125	-4 255	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	124 301	127 234	129 487	134 316	139 791	146 893	155 012	165 220	175 516	183 468	191 252	198 892	206 551	214 542	223 091

DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ
indice de valeur : base 100 année précédente

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
11. DÉPENSES DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX	102,4	101,8	103,6	103,7	104,8	105,7	106,4	106,4	105,1	104,4	104,9	104,2	103,7	103,3
• Soins aux particuliers	102,5	101,3	102,8	102,4	103,5	104,7	106,6	106,5	104,7	104,3	104,1	104,1	103,8	103,6
- soins hospitaliers	102,9	101,1	102,1	101,5	102,6	104,0	106,0	106,0	104,7	105,0	103,6	103,5	103,7	103,8
Secteur public	103,0	101,0	104,5	102,8	103,1	104,3	105,9	106,1	104,7	104,6	103,5	103,2	103,3	103,7
Secteur privé	102,6	101,7	95,0	97,3	101,1	102,8	106,0	105,6	104,7	106,0	104,1	104,4	104,9	104,4
- soins ambulatoires	102,0	101,6	103,7	103,7	104,7	105,6	107,4	107,2	104,4	103,2	104,6	105,2	104,1	103,0
- transports de malades	99,2	100,7	109,1	108,2	108,4	109,6	109,2	108,2	108,0	107,0	109,2	104,9	104,0	106,8
• Médicaments	101,5	103,3	106,0	106,7	107,9	107,9	105,6	106,0	105,7	104,2	103,0	103,8	102,7	102,5
• Autres biens médicaux	105,5	104,3	109,1	113,2	113,0	112,6	107,7	107,1	107,9	105,4	106,3	107,3	105,9	102,8
12. SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	104,9	104,0	104,8	104,8	107,8	105,6	110,3	109,2	110,3	114,8	110,0	108,7	114,1	115,1
13. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES	100,7	99,3	106,3	106,0	109,0	107,4	109,7	108,3	100,4	98,9	100,6	103,6	105,8	104,7
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	102,4	101,7	103,8	103,9	105,1	105,8	106,7	106,6	104,9	104,3	104,0	104,3	104,2	103,8
21 - Prévention individuelle	103,8	102,2	104,1	103,1	103,7	104,5	105,8	105,2	100,1	103,1	104,3	103,6	104,3	
• Prévention primaire	103,3	101,6	103,2	102,5	103,1	103,7	105,0	105,1	105,1	98,0	103,0	103,2	103,6	
• Prévention secondaire	107,3	105,7	109,2	106,6	103,0	103,7	101,7	109,6	105,8	111,0	103,3	109,6	103,5	106,6
22 - Prévention collective	102,0	103,0	104,5	104,0	105,1	102,5	122,5	103,7	90,1	102,5	105,4	102,2	101,6	124,3
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	103,0	102,5	104,3	103,5	104,0	103,2	112,3	104,8	98,2	101,1	104,1	103,4	102,7	112,9
31. SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	96,6	104,6	104,2	104,8	99,8	102,2	104,3	103,8	109,8	108,0	98,7	89,3	100,9	104,1
32. DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	100,8	99,9	103,0	117,3	108,9	106,3	108,9	103,2	102,1	100,2	106,3	103,0	101,6	102,5
33. DÉPENSES DE FORMATION	102,1	103,3	104,0	104,0	104,3	102,5	106,7	104,1	105,1	103,6	104,3	108,9	107,5	107,6
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	100,0	101,4	103,4	112,8	106,4	105,0	107,8	103,4	103,9	102,1	104,4	100,8	102,2	103,4
4. COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	103,2	102,3	102,8	104,6	104,2	103,1	103,3	104,2	102,3	106,0	103,7	102,9	101,6	103,1
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	100,8	99,6	103,9	120,9	106,5	105,0	112,1	106,2	100,3	102,6	112,1	105,3	102,8	103,2
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	102,4	101,8	103,7	104,1	105,1	106,6	106,2	104,5	104,2	103,8	104,0	103,9	104,0	

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1995
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	Total financements privés (1)		
Hôpitaux du secteur Public	33513	499	548	199	89	618	1454	35467	
Hôpitaux du secteur Privé	10387	48	517	155	105	946	1723	12158	
Sous-total soins hospitaliers	43901	547	1 065	354	194	1 564	3 177	47 625	
Médecins (2)	9609	195	1493	713	398	627	3 231	13 036	
Auxiliaires (2)	4280	61	383	172	46	442	1 043	5 384	
Dentistes	2323	29	967	596	293	1 742	3 598	5 950	
Laboratoires d'analyses	1721	28	314	157	63	105	638	2 387	
Sous-total soins ambulatoires	17 933	313	3 158	1 638	799	2 916	8 510	26 756	
Transports de malades	1 414	2	23	14	2	21	60	1 476	
Total prestataires de soins	63 248	862	4 245	2 006	996	4 500	11 748	75 857	
Officines pharmaceutiques	11 377	217	2 352	962	417	3 128	6 859	18 454	
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	955	26	515	244	191	1 790	2 740	3 721	
Total biens médicaux	12 332	243	2 868	1 206	608	4 918	9 599	22 175	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	75 580	1 105	7 113	3 212	1 603	9 419	21 347	98 032	
Soins aux personnes âgées en établissements	2 270						0	2 270	
Indemnités journalières	6 651						0	6 651	
DÉPENSES POUR LES MALADES	84 501	1 105	7 113	3 212	1 603	9 419	21 347	106 953	
Prévention individuelle	337	762					875	1 974	
Prévention collective	284	1 170					28	1 482	
TOTAL PRÉVENTION	620	1 932					903	3 456	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 465						0	1 465	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 022					2 069	4 092	
FORMATION	8	613					66	687	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	5 961	711					2 945	9 616	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-1 967	-1 967	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	92 555	6 383					25 363	124 301	

(1) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(2) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1996

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	Total financements privés (1)		
Hôpitaux du secteur Public	34 414	503	520	220	104	753	1 597	36 514	
Hôpitaux du secteur Privé	10 606	48	612	174	121	914	1 821	12 476	
Sous-total soins hospitaliers	45 021	551	1 132	394	225	1 667	3 418	48 990	
Médecins (2)	9 704	200	1 563	748	436	586	3 333	13 236	
Auxiliaires (2)	4 433	64	398	190	51	413	1 052	5 549	
Dentistes	2 385	31	1 021	622	326	1 762	3 731	6 147	
Laboratoires d'analyses	1 719	29	322	162	68	67	618	2 367	
Sous-total soins ambulatoires	18 241	324	3 304	1 720	882	2 828	8 734	27 299	
Transports de malades	1 402	2	23	15	2	19	60	1 464	
Total prestataires de soins	64 663	877	4 460	2 130	1 109	4 514	12 212	77 753	
Officines pharmaceutiques	11 560	237	2 477	991	449	3 026	6 943	18 739	
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	1 056	23	579	268	219	1 779	2 845	3 925	
Total biens médicaux	12 616	260	3 056	1 259	668	4 805	9 788	22 664	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	77 279	1 138	7 516	3 389	1 777	9 319	22 001	100 418	
Soins aux personnes âgées en établissements	2 381						0	2 381	
Indemnités journalières	6 694						0	6 694	
DÉPENSES POUR LES MALADES	86 355	1 138	7 516	3 389	1 777	9 319	22 001	109 493	
Prévention individuelle	349	798					902	2 049	
Prévention collective	296	1 185					29	1 511	
TOTAL PRÉVENTION	645	1 984					932	3 560	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 415						0	1 415	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 038					2 087	4 125	
FORMATION	8	625					68	701	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 086	726					3 110	9 922	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-1 982	-1 982	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	94 509	6 511					26 214	127 234	

(1) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(2) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1997
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	Total financements privés (1)		
Hôpitaux du secteur Public	34 777	530	524	207	117	710	1 558	36 864	
Hôpitaux du secteur Privé	10 816	50	622	168	136	894	1 820	12 686	
Sous-total soins hospitaliers	45 593	580	1 146	374	253	1 604	3 378	49 551	
Médecins (2)	9 905	204	1 608	717	486	617	3 428	13 537	
Auxiliaires (2)	4 408	67	391	165	56	433	1 045	5 520	
Dentistes	2 429	34	1 066	567	381	1 784	3 798	6 261	
Laboratoires d'analyses	1 754	31	326	155	76	68	626	2 411	
Sous-total soins ambulatoires	18 497	336	3 391	1 605	999	2 902	8 897	27 730	
Transports de malades	1 407	2	23	14	2	26	66	1 474	
Total prestataires de soins	65 496	918	4 561	1 993	1 255	4 532	12 340	78 754	
Officines pharmaceutiques	12 098	261	2 481	957	510	3 053	7 001	19 360	
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	1 193	23	626	258	256	1 738	2 877	4 093	
Total biens médicaux	13 291	283	3 107	1 215	767	4 791	9 879	23 453	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	78 787	1 201	7 667	3 208	2 022	9 323	22 219	102 208	
Soins aux personnes âgées en établissements	2 476						0	2 476	
Indemnités journalières	6 649						0	6 649	
DÉPENSES POUR LES MALADES	87 913	1 201	7 667	3 208	2 022	9 323	22 219	111 333	
Prévention individuelle	342	827					925	2 094	
Prévention collective	306	1 221					30	1 557	
TOTAL PRÉVENTION	648	2 048					954	3 650	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 481						0	1 481	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 040					2 081	4 121	
FORMATION	8	644					72	724	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 152	749					3 251	10 152	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-1 975	-1 975	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	96 201	6 682					26 603	129 487	

(1) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(2) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1998
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	Total financements privés (1)		
Hôpitaux du secteur Public	36 389	543	530	214	156	685	1 586	38 518	
Hôpitaux du secteur Privé	10 208	51	639	172	172	816	1 799	12 058	
Sous-total soins hospitaliers	46 597	594	1 169	387	328	1 501	3 384	50 576	
Médecins (2)	10 337	208	1 721	715	488	564	3 488	14 033	
Auxiliaires (2)	4 608	65	403	169	57	467	1 096	5 769	
Dentistes	2 399	35	1 147	541	445	1 848	3 980	6 415	
Laboratoires d'analyses	1 849	32	339	168	74	75	656	2 537	
Sous-total soins ambulatoires	19 194	340	3 610	1 592	1 064	2 954	9 220	28 754	
Transports de malades	1 527	2	26	14	3	36	79	1 608	
Total prestataires de soins	67 318	936	4 805	1 993	1 395	4 490	12 683	80 937	
Officines pharmaceutiques	12 861	267	2 598	974	533	3 290	7 395	20 522	
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	1 424	22	712	285	265	1 757	3 020	4 466	
Total biens médicaux	14 285	289	3 311	1 259	798	5 047	10 414	24 989	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	81 603	1 225	8 116	3 252	2 193	9 537	23 097	105 926	
Soins aux personnes âgées en établissements	2 595						0	2 595	
Indemnités journalières	7 065						0	7 065	
DÉPENSES POUR LES MALADES	91 263	1 225	8 116	3 252	2 193	9 537	23 097	115 586	
Prévention individuelle	367	857					955	2 179	
Prévention collective	313	1 284					30	1 627	
TOTAL PRÉVENTION	679	2 141					986	3 806	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 542						0	1 542	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 087					2 159	4 246	
FORMATION	9	670					75	754	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 262	769					3 404	10 435	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 052	-2 052	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	99 756	6 891					27 669	134 316	

(1) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(2) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 1999
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles	Assurances	Institutions de prévoyance	Ménages	Total financements privés (1)		
Hôpitaux du secteur Public	37 363	554	557	211	190	703	1 662	39 579	
Hôpitaux du secteur Privé	9 863	53	669	171	178	800	1 818	11 733	
Sous-total soins hospitaliers	47 226	607	1 226	383	368	1 503	3 479	51 313	
Médecins (2)	10 750	212	1 788	701	491	615	3 595	14 557	
Auxiliaires (2)	4 895	66	418	166	61	538	1 182	6 144	
Dentistes	2 411	36	1 187	519	468	1 837	4 012	6 459	
Laboratoires d'analyses	1 945	33	345	163	80	93	681	2 659	
Sous-total soins ambulatoires	20 001	346	3 738	1 548	1 101	3 083	9 471	29 818	
Transports de malades	1 647	2	30	13	3	46	92	1 740	
Total prestataires de soins	68 874	955	4 994	1 944	1 472	4 632	13 042	82 871	
Officines pharmaceutiques	13 950	269	2 699	971	599	3 420	7 689	21 908	
Autres biens médicaux en ambulatoire (3)	1 760	22	799	287	296	1 890	3 273	5 055	
Total biens médicaux	15 710	291	3 498	1 258	895	5 310	10 961	26 963	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	84 584	1 246	8 491	3 202	2 367	9 943	24 003	109 834	
Soins aux personnes âgées en établissements	2 720						0	2 720	
Indemnités journalières	7 487						0	7 487	
DÉPENSES POUR LES MALADES	94 791	1 246	8 491	3 202	2 367	9 943	24 003	120 040	
Prévention individuelle	377	890					979	2 246	
Prévention collective	325	1 337					31	1 692	
TOTAL PRÉVENTION	702	2 227					1 010	3 938	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 616							1 616	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 394					2 587	4 981	
FORMATION	10	692					82	784	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 553	814					3 546	10 912	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 481	-2 481	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	103 671	7 373					28 747	139 791	

(1) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(2) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2000

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)		
Hôpitaux du secteur Public	38 543	553	569	215	240	681	1 705	40 802	
Hôpitaux du secteur Privé	10 016	53	685	174	220	718	1 798	11 866	
Sous-total soins hospitaliers	48 560	606	1 254	390	460	1 399	3 503	52 669	
Médecins (3)	11 190	233	1 793	665	497	869	3 823	15 246	
Auxiliaires (3)	5 222	55	462	162	80	533	1 237	6 514	
Dentistes	2 436	66	1 206	493	503	1 965	4 166	6 668	
Laboratoires d'analyses	2 082	40	371	175	96	30	673	2 795	
Sous-total soins ambulatoires	20 929	394	3 832	1 495	1 176	3 397	9 899	31 233	
Transports de malades	1 795	10	38	13	6	25	81	1 886	
Total prestataires de soins	71 284	1 010	5 124	1 898	1 641	4 821	13 484	85 777	
Officines pharmaceutiques	15 386	349	2 829	969	733	3 365	7 896	23 631	
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 046	43	862	284	358	2 121	3 625	5 713	
Total biens médicaux	17 431	392	3 690	1 253	1 091	5 486	11 521	29 344	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	88 715	1 402	8 814	3 151	2 732	10 308	25 004	115 121	
Soins aux personnes âgées en établissements	2 931						0	2 931	
Indemnités journalières	8 162						0	8 162	
DÉPENSES POUR LES MALADES	99 809	1 402	8 814	3 151	2 732	10 308	25 004	126 215	
Prévention individuelle	386	915					1 015	2 316	
Prévention collective	330	1 417					31	1 779	
TOTAL PRÉVENTION	717	2 331					1 047	4 095	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 613						0	1 613	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 662					2 760	5 422	
FORMATION	10	722					86	817	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 603	855					3 914	11 372	
DOUBLE-COMpte recherche pharmaceutique							-2 641	-2 641	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	108 752	7 972					30 169	146 893	

(1) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(2) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(3) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2001
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)		
Hôpitaux du secteur Public	40 193	651	562	249	232	680	1 723	42 567	
Hôpitaux du secteur Privé	10 275	66	681	197	214	763	1 855	12 196	
Sous-total soins hospitaliers	50 468	717	1 243	446	446	1 443	3 578	54 763	
Médecins (3)	11 522	237	1 770	663	647	961	4 040	15 800	
Auxiliaires (3)	5 567	51	487	163	84	545	1 279	6 897	
Dentistes	2 689	143	1 280	549	617	1 998	4 444	7 276	
Laboratoires d'analyses	2 244	42	393	183	99	29	703	2 989	
Sous-total soins ambulatoires	22 022	472	3 930	1 558	1 446	3 533	10 467	32 961	
Transports de malades	1 970	11	39	13	5	29	86	2 067	
Total prestataires de soins	74 460	1 201	5 212	2 017	1 897	5 005	14 131	89 792	
Officines pharmaceutiques	16 868	373	2 962	964	718	3 617	8 261	25 502	
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 353	60	912	310	472	2 330	4 023	6 436	
Total biens médicaux	19 221	433	3 874	1 274	1 190	5 947	12 285	31 938	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	93 681	1 633	9 085	3 291	3 087	10 952	26 415	121 730	
Soins aux personnes âgées en établissements	3 096						0	3 096	
Indemnités journalières	8 763						0	8 763	
DÉPENSES POUR LES MALADES	105 541	1 633	9 085	3 291	3 087	10 952	26 415	133 589	
Prévention individuelle	391	959					1 052	2 403	
Prévention collective	330	1 461					32	1 823	
TOTAL PRÉVENTION	722	2 420					1 084	4 226	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 648							1 648	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		2 861					2 900	5 761	
FORMATION	10	740					88	838	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 778	927					4 019	11 723	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-2 773	-2 773	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	114 698	8 581					31 733	155 012	

(1) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(2) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(3) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2002

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)		
Hôpitaux du secteur Public	42 526	634	654	296	290	697	1 936	45 095	
Hôpitaux du secteur Privé	10 912	92	688	234	267	734	1 925	12 929	
Sous-total soins hospitaliers	53 438	726	1 342	530	557	1 431	3 861	58 024	
Médecins (3)	12 173	275	1 796	716	642	1 275	4 429	16 877	
Auxiliaires (3)	6 086	65	506	174	89	623	1 392	7 542	
Dentistes	2 777	157	1 475	644	689	1 952	4 760	7 694	
Laboratoires d'analyses	2 492	56	420	181	112	32	745	3 294	
Sous-total soins ambulatoires	23 528	553	4 197	1 715	1 532	3 881	11 326	35 407	
Transports de malades	2 146	12	44	11	5	40	100	2 258	
Total prestataires de soins	79 110	1 291	5 583	2 257	2 094	5 353	15 288	95 689	
Officines pharmaceutiques	18 007	454	3 108	986	738	3 634	8 466	26 928	
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 711	62	1 050	374	542	2 192	4 158	6 931	
Total biens médicaux	20 718	516	4 158	1 360	1 281	5 826	12 624	33 859	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	99 830	1 807	9 741	3 617	3 374	11 178	27 912	129 548	
Soins aux personnes âgées en établissements	3 417						0	3 417	
Indemnités journalières	9 617						0	9 617	
DÉPENSES POUR LES MALADES	112 864	1 807	9 741	3 617	3 374	11 178	27 912	142 582	
Prévention individuelle	385	1 032					1 094	2 511	
Prévention collective	367	1 833					33	2 233	
TOTAL PRÉVENTION	752	2 865					1 127	4 744	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 719						0	1 719	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 049					3 226	6 275	
FORMATION	11	790					94	894	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	6 897	987					4 230	12 114	
DOUBLE-COMpte recherche pharmaceutique							-3 108	-3 108	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	122 242	9 498					33 480	165 220	

(1) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(2) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(3) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2003
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)		
Hôpitaux du secteur Public	45 116	649	743	312	296	734	2 085	47 851	
Hôpitaux du secteur Privé	11 578	94	709	247	273	751	1 979	13 651	
Sous-total soins hospitaliers	56 694	743	1 452	558	569	1 484	4 064	61 502	
Médecins (3)	13 028	288	1 876	798	684	1 323	4 682	17 999	
Auxiliaires (3)	6 608	72	527	192	88	644	1 451	8 131	
Dentistes	2 963	188	1 604	748	692	2 044	5 089	8 240	
Laboratoires d'analyses	2 732	64	440	206	119	32	797	3 593	
Sous-total soins ambulatoires	25 331	612	4 447	1 944	1 584	4 044	12 019	37 963	
Transports de malades	2 319	16	50	13	6	40	109	2 443	
Total prestataires de soins	84 345	1 372	5 949	2 515	2 159	5 569	16 192	101 908	
Officines pharmaceutiques	19 190	466	3 217	1 002	798	3 882	8 900	28 555	
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	2 952	64	1 226	463	612	2 102	4 404	7 420	
Total biens médicaux	22 142	530	4 443	1 465	1 411	5 985	13 304	35 975	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	106 487	1 901	10 392	3 980	3 570	11 553	29 495	137 883	
Soins aux personnes âgées en établissements	3 733						0	3 733	
Indemnités journalières	10 416						0	10 416	
DÉPENSES POUR LES MALADES	120 636	1 901	10 392	3 980	3 570	11 553	29 495	152 032	
Prévention individuelle	376	1 142					1 139	2 657	
Prévention collective	386	1 897					34	2 317	
TOTAL PRÉVENTION	762	3 038					1 173	4 974	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 783						0	1 783	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 057					3 418	6 475	
FORMATION	12	822					97	931	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 200	1 002					4 420	12 622	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 301	-3 301	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	130 393	9 821					35 303	175 516	

(1) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(2) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(3) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2004

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale	État et collectivités locales	Mutuelles (1)	Assurances (1)	Institutions de prévoyance (1)	Ménages	Total financements privés (2)		
Hôpitaux du secteur Public	47 184	664	817	353	296	788	2 254	50 103	
Hôpitaux du secteur Privé	12 122	96	744	279	272	774	2 069	14 287	
Sous-total soins hospitaliers	59 306	761	1 561	632	568	1 562	4 323	64 390	
Médecins (3)	13 430	291	1 925	861	715	1 311	4 812	18 533	
Auxiliaires (3)	6 938	73	573	232	102	732	1 638	8 648	
Dentistes	3 055	206	1 660	762	727	2 219	5 368	8 629	
Laboratoires d'analyses	2 916	71	462	225	128	32	846	3 833	
Sous-total soins ambulatoires	26 339	641	4 620	2 079	1 671	4 294	12 664	39 644	
Transports de malades	2 503	18	48	23	8	40	118	2 640	
Total prestataires de soins	88 148	1 420	6 229	2 734	2 247	5 895	17 105	106 674	
Officines pharmaceutiques	20 300	474	3 375	1 184	838	4 016	9 414	30 188	
Autres biens médicaux en ambulatoire (4)	3 283	65	1 357	542	672	2 084	4 654	8 002	
Total biens médicaux	23 583	540	4 731	1 726	1 511	6 100	14 068	38 190	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	111 731	1 959	10 961	4 460	3 758	11 995	31 174	144 863	
Soins aux personnes âgées en établissements	4 118						0	4 118	
Indemnités journalières	10 459						0	10 459	
DÉPENSES POUR LES MALADES	126 307	1 959	10 961	4 460	3 758	11 995	31 174	159 440	
Prévention individuelle	389	1 232					1 174	2 795	
Prévention collective	376	1 676					35	2 088	
TOTAL PRÉVENTION	765	2 908					1 210	4 883	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 957						0	1 957	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 171					3 439	6 610	
FORMATION	12	864					102	979	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 195	1 024					4 690	12 910	
DOUBLE-COMpte recherche pharmaceutique							-3 311	-3 311	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	136 237	9 927					37 304	183 468	

(1) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(2) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(3) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2005

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale (1)	État et collectivités locales	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)		
Hôpitaux du secteur Public	49 260	703	912	397	305	854	2 468	52 431	
Hôpitaux du secteur Privé	12 860	102	792	313	280	801	2 186	15 149	
Sous-total soins hospitaliers	62 120	806	1 704	710	585	1 655	4 654	67 580	
Médecins (4)	13 634	292	2 006	910	682	1 602	5 200	19 126	
Auxiliaires (4)	7 304	79	617	242	100	744	1 703	9 086	
Dentistes	3 046	210	1 680	743	706	2 337	5 466	8 721	
Laboratoires d'analyses	2 947	73	504	219	129	103	954	3 974	
Sous-total soins ambulatoires	26 930	654	4 806	2 114	1 617	4 786	13 324	40 908	
Transports de malades	2 665	20	53	28	9	48	138	2 823	
Total prestataires de soins	91 715	1 480	6 563	2 852	2 212	6 489	18 115	111 310	
Officines pharmaceutiques	21 247	479	3 526	1 258	818	4 138	9 740	31 466	
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	3 503	70	1 508	613	679	2 059	4 860	8 432	
Total biens médicaux	24 750	549	5 034	1 871	1 497	6 197	14 600	39 898	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	116 465	2 028	11 598	4 723	3 708	12 686	32 715	151 208	
Soins aux personnes âgées en établissements	4 729						0	4 729	
Indemnités journalières	10 343						0	10 343	
DÉPENSES POUR LES MALADES	131 537	2 028	11 598	4 723	3 708	12 686	32 715	166 280	
Prévention individuelle	416	1 184					1 198	2 799	
Prévention collective	412	1 692					36	2 140	
TOTAL PRÉVENTION	828	2 876					1 234	4 938	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 113						0	2 113	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 096					3 524	6 621	
FORMATION	13	895					106	1 014	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 698	1 049					4 938	13 684	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-3 398	-3 398	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	142 188	9 945					39 119	191 252	

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(4) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2006

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale (1)	État et collectivités locales	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)		
Hôpitaux du secteur Public	50 717	775	1 080	454	324	913	2 771	54 264	
Hôpitaux du secteur Privé	13 234	109	842	359	298	929	2 429	15 773	
Sous-total soins hospitaliers	63 952	885	1 922	813	622	1 843	5 200	70 036	
Médecins (4)	13 951	314	2 104	957	709	1 884	5 653	19 919	
Auxiliaires (4)	7 803	82	661	237	100	802	1 800	9 685	
Dentistes	3 152	244	1 720	759	715	2 490	5 684	9 079	
Laboratoires d'analyses	3 028	76	513	257	127	102	998	4 102	
Sous-total soins ambulatoires	27 934	715	4 998	2 210	1 651	5 277	14 136	42 785	
Transports de malades	2 901	23	53	32	10	64	159	3 083	
Total prestataires de soins	94 787	1 623	6 973	3 055	2 283	7 184	19 495	115 905	
Officines pharmaceutiques	21 554	457	3 576	1 231	780	4 822	10 409	32 421	
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	3 748	74	1 682	687	735	2 043	5 146	8 968	
Total biens médicaux	25 303	531	5 257	1 918	1 515	6 865	15 556	41 389	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	120 090	2 154	12 231	4 973	3 798	14 049	35 050	157 294	
Soins aux personnes âgées en établissements	5 200						0	5 200	
Indemnités journalières	10 400						0	10 400	
DÉPENSES POUR LES MALADES	135 690	2 154	12 231	4 973	3 798	14 049	35 050	172 894	
Prévention individuelle	414	1 235					1 235	2 884	
Prévention collective	405	1 813					38	2 256	
TOTAL PRÉVENTION	819	3 048					1 273	5 140	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	2 086						0	2 086	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 097					3 938	7 035	
FORMATION	13	934					111	1 057	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	7 927	1 101					5 160	14 188	
DOUBLE-COMpte recherche pharmaceutique							-3 810	-3 810	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	146 535	10 333					41 722	198 591	

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(4) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2007
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale (1)	État et collectivités locales	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)		
Hôpitaux du secteur Public	52094	842	1188	509	367	1001	3065	56 001	
Hôpitaux du secteur Privé	13644	116	896	402	337	1075	2711	16 470	
Sous-total soins hospitaliers	65 738	958	2 084	911	704	2 076	5 776	72 471	
Médecins (4)	14 666	323	2 163	1 001	733	1 998	5 895	20 884	
Auxiliaires (4)	8 419	86	680	247	107	951	1 985	10 491	
Dentistes	3 259	285	1 757	806	758	2 529	5 851	9 395	
Laboratoires d'analyses	3 071	78	534	277	145	128	1 084	4 233	
Sous-total soins ambulatoires	29 415	772	5 134	2 331	1 744	5 607	14 815	45 003	
Transports de malades	3 041	26	56	35	11	65	168	3 235	
Total prestataires de soins	98 194	1 756	7 275	3 277	2 459	7 748	20 759	120 709	
Officines pharmaceutiques	22 542	457	3 680	1 264	788	4 907	10 639	33 637	
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	4 154	77	1 753	815	810	2 014	5 392	9 624	
Total biens médicaux	26 696	534	5 433	2 079	1 598	6 921	16 031	43 261	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	124 890	2 291	12 707	5 356	4 057	14 669	36 790	163 970	
Soins aux personnes âgées en établissements	5 651							5 651	
Indemnités journalières	10 772							10 772	
DÉPENSES POUR LES MALADES	141 313	2 291	12 707	5 356	4 057	14 669	36 790	180 394	
Prévention individuelle	435	1 304					1 270	3 009	
Prévention collective	444	1 821					41	2 306	
TOTAL PRÉVENTION	879	3 125					1 311	5 315	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 863						0	1 863	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 116					4 127	7 243	
FORMATION	14	1 022					116	1 152	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	8 085	1 126					5 385	14 597	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 012	-4 012	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	152 155	10 680					43 717	206 551	

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(4) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2008

en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale (1)	État et collectivités locales	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)		
Hôpitaux du secteur Public	53 716	872	1 266	577	385	1 031	3 260	57 848	
Hôpitaux du secteur Privé	14 283	68	954	455	354	1 171	2 934	17 285	
Sous-total soins hospitaliers	67 999	940	2 220	1 032	740	2 202	6 194	75 133	
Médecins (4)	15 120	326	2 225	1 088	741	2 131	6 184	21 631	
Auxiliaires (4)	8 846	89	738	271	112	1 170	2 291	11 226	
Dentistes	3 290	279	1 859	907	820	2 477	6 062	9 631	
Laboratoires d'analyses	3 081	76	571	315	149	157	1 191	4 348	
Sous-total soins ambulatoires	30 337	771	5 392	2 581	1 822	5 935	15 729	46 836	
Transports de malades	3 136	27	61	42	12	86	201	3 364	
Total prestataires de soins	101 472	1 738	7 674	3 655	2 573	8 222	22 124	125 334	
Officines pharmaceutiques	22 429	432	3 645	1 320	797	5 909	11 671	34 531	
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	4 493	80	1 846	928	885	1 962	5 621	10 193	
Total biens médicaux	26 922	511	5 491	2 248	1 681	7 871	17 291	44 725	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	128 394	2 250	13 165	5 903	4 254	16 092	39 415	170 058	
Soins aux personnes âgées en établissements	6 445						0	6 445	
Indemnités journalières	11 395						0	11 395	
DÉPENSES POUR LES MALADES	146 234	2 250	13 165	5 903	4 254	16 092	39 415	187 898	
Prévention individuelle	466	1 318					1 333	3 116	
Prévention collective	468	1 827					47	2 342	
TOTAL PRÉVENTION	934	3 144					1 380	5 458	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 880						0	1 880	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 110					4 252	7 361	
FORMATION	16	1 102					121	1 238	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	8 061	1 139					5 632	14 832	
DOUBLE-COMpte recherche pharmaceutique							-4 125	-4 125	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	157 125	10 744					46 673	214 542	

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(4) Y compris cures thermales.

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

DÉPENSES DE SANTÉ PAR TYPE DE FINANCEMENT EN 2009
en millions d'euros

DÉPENSES PAR POSTE	FINANCEMENTS							TOTAL	
	Publics		Privés						
	Sécurité sociale (1)	État et collectivités locales	Mutuelles (2)	Assurances (2)	Institutions de prévoyance (2)	Ménages	Total financements privés (3)		
Hôpitaux du secteur Public	55 641	929	1 312	605	394	1 080	3 392	59 962	
Hôpitaux du secteur Privé	14 905	71	992	476	363	1 233	3 064	18 039	
Sous-total soins hospitaliers	70 546	1 000	2 304	1 080	758	2 313	6 455	78 002	
Médecins (4)	15 380	330	2 294	1 158	754	2 231	6 437	22 147	
Auxiliaires (4)	9 417	89	780	290	119	1 179	2 368	11 874	
Dentistes	3 300	285	1 864	991	859	2 475	6 189	9 774	
Laboratoires d'analyses	3 151	76	574	331	169	158	1 232	4 459	
Sous-total soins ambulatoires	31 249	779	5 512	2 770	1 901	6 042	16 226	48 254	
Transports de malades	3349	29	65	47	14	88	213	3 592	
Total prestataires de soins	105 145	1 808	7 881	3 897	2 673	8 443	22 894	129 848	
Officines pharmaceutiques	23 010	426	3 755	1 370	790	6 033	11 947	35 383	
Autres biens médicaux en ambulatoire (5)	4 554	81	1 911	1 020	956	1 954	5 841	10 476	
Total biens médicaux	27 564	507	5 665	2 390	1 746	7 987	17 788	45 859	
SOINS ET BIENS MÉDICAUX	132 709	2 315	13 547	6 287	4 418	16 430	40 682	175 706	
Soins aux personnes âgées en établissements	7 421						0	7 421	
Indemnités journalières	11 927						0	11 927	
DÉPENSES POUR LES MALADES	152 058	2 315	13 547	6 287	4 418	16 430	40 682	195 055	
Prévention individuelle	527	1 378					1 345	3 250	
Prévention collective	626	2 236					49	2 911	
TOTAL PRÉVENTION	1 153	3 614					1 394	6 161	
SUBVENTION AU SYSTÈME DE SOINS	1 958						0	1 958	
RECHERCHE médicale et pharmaceutique		3 159					4 384	7 543	
FORMATION	17	1 192					123	1 332	
COÛT DE GESTION DE LA SANTÉ	8 302	1 156					5 839	15 297	
DOUBLE-COMPTE recherche pharmaceutique							-4 255	-4 255	
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ	163 488	11 436					48 167	223 091	

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(3) Y compris autres financements privés (entreprises privées).

(4) Y compris cures thermales.

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

En 2009, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 175,7 milliards d'euros, soit 9,2 % du PIB. Elle a progressé en valeur moins rapidement qu'en 2008 (+3,3 % après +3,7 %) mais sa part a augmenté dans le PIB en raison de la baisse de celui-ci (9,2 % du PIB en 2009 contre 8,7 % en 2008).

En volume, la CSBM a augmenté de 3,0 % en 2009, comme en 2008. La progression du prix de la CSBM reste quant à elle limitée (+0,3 %), en raison notamment de la diminution du prix des médicaments.

La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 % en 2009, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,8 %. Le reste à charge des ménages s'établit quant à lui à 9,4 %.

