

Les dépenses de santé en 2015

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2016



Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Magali Beffy, Romain Roussel,**
Julie Solard, Myriam Mikou et Carine Ferretti

Coordonné par **Hélène Soual**

Comptes

Marion Bouvet, Hélène Soual,
avec Gaëlle Guibert et Alexis Montaut

Rédaction

Bénédicte Boisguérin, Marion Bouvet, Carine Ferretti, Juliette Grangier,
Gaëlle Guibert, Audrey Lafon, Myriam Mikou, Alexis Montaut, Léa Mauro,
Étienne Perron-Bailly, Céline Pilorge, Julie Solard, Hélène Soual, Engin Yilmaz

Directeur de la publication

Franck von Lennep

Présidente de la commission des comptes de la santé

Dominique Polton

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Secrétaire de rédaction

Laurence Grivet

Logiciel de maquettage

Laurent Gaillard

Organisation de la commission

Isabelle Castel

Remerciements

La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui fournissent chaque année les données nécessaires à l'élaboration des comptes de la santé. Étant donné le nombre important d'organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera plus particulièrement, pour la diversité et le volume des données fournies, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, la CNAMTS, le Régime social des indépendants (RSI), la Mutualité sociale agricole (MSA), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques, l'INSEE, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS), le Fonds CMU, les entreprises du médicament (LEEM).

AVANT-PROPOS

Les comptes de la santé fournissent une estimation détaillée de la consommation finale de soins de santé en France et des financements correspondants, qu'ils relèvent de l'assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Ce panorama présente et analyse ces comptes et replace les principaux éléments dans une perspective internationale.

Chaque année, en septembre, lors de la Commission des comptes de la santé ses principaux enseignements sont présentés à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, à des représentants des professionnels de la santé et à un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne.

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'INSEE, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système *SHA* de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

Le panorama de cette année s'articule autour d'une vue d'ensemble, synthétisant les éléments marquants de 2015, et de trois chapitres de fiches. Le premier traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu'il examine en détail pour chaque volet de dépense, et de son financement. Le deuxième est centré sur l'agrégat comptable le plus englobant du système de soins, la dépense courante de santé (DCS), sur les acteurs associés et le ressenti des ménages en matière de santé. Enfin, le dernier est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages.

L'ouvrage comprend également un éclairage sur les dépenses de prévention en France qui actualise et complète celui déjà publié il y a deux ans.

SOMMAIRE

Les dépenses de santé en 2015

Vue d'ensemble

7

La CSBM et son financement

25

La consommation de soins et de biens médicaux

1	La consommation de soins et de biens médicaux	30
2	L'évolution de la CSBM depuis 1950	32

Les soins ambulatoires

3	Les soins de médecins généralistes	36
4	Les soins de médecins spécialistes	38
5	Les effectifs de médecins	40
6	Les soins de sages-femmes	42
7	Les soins infirmiers	44
8	Les soins de masso-kinésithérapie	46
9	Les soins d'autres auxiliaires médicaux	48
10	Les soins dentaires	50
11	Les transports de malades	52
12	Les analyses et les cures thermales	54

Les biens médicaux

13	Les médicaments en ville	58
14	Du marché du médicament à sa consommation au sens comptable	62
15	La structure des ventes de médicaments en officine	64
16	Les autres biens médicaux	66
17	L'optique médicale	68

Les soins hospitaliers

18	Les soins hospitaliers	72
19	L'offre hospitalière	74
20	L'activité hospitalière	76
21	L'activité en hospitalisation à domicile	78
22	La situation économique et financière des hôpitaux publics	80
23	La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif	84

Le financement de la CSBM

24	Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	90
25	Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale	92
26	De la prestation de Sécurité sociale à la consommation totale	94
27	Le financement par les organismes complémentaires	96
28	Le reste à charge des ménages	98
29	La CSBM, la DCS et l'ONDAM	100
30	Le financement du Fonds CMU	102

La dépense courante de santé

31	La dépense courante de santé	110
32	Les soins de longue durée aux personnes âgées	114
33	Les soins de longue durée aux personnes handicapées	116
34	Les indemnités journalières	118
35	La prévention institutionnelle	120
36	Formation et recherche en santé	122
37	Les coûts de gestion du système de santé	124

Les ménages et leur santé

38	L'opinion des Français sur les dépenses de santé et l'assurance maladie	128
39	Besoins de soins non satisfaits : comparaisons internationales	132

Comparaisons internationales

40	Comparaisons internationales de la dépense courante de santé	138
41	Comparaisons internationales des médecins	140
42	Comparaisons internationales des auxiliaires médicaux et sages-femmes	142
43	Comparaisons internationales des soins dentaires	146
44	Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques	148
45	Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	150
46	Les soins et services sociaux de longue durée (Long-Term Care)	152
47	Comparaisons internationales du reste à charge des ménages	154

Éclairage

Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire	158
---	-----

Annexes

Les agrégats des comptes de la santé	170
Les révisions de l'édition 2016 des comptes de la santé	172
La méthodologie des comptes de la santé	174
Le Fonds d'intervention régional	176
Les indices de prix et de volume des comptes de la santé	178
Liste des sigles utilisés	181
Glossaire	184

Tableaux détaillés

Consommation de soins et de biens médicaux	190
Dépense courante de santé	194
Dépense courante de santé par type de financeur	196



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

Dépenses et acteurs
du système de santé

Comparaisons
internationales

Éclairage

Annexes

Tableaux détaillés

> Les dépenses de santé en 2015

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 194,6 milliards d'euros, soit plus de 2 900 euros par habitant. Elle représente désormais 8,9 % du PIB ; ce pourcentage, qui progressait depuis 2012, recule légèrement en 2015 (-0,04 point). Le rythme de croissance de la CSBM, inférieur à 3,0 % depuis 2010, est à nouveau moins dynamique en 2015 et s'établit à 1,8 %.

La CSBM est financée à 76,8 % par la Sécurité sociale. Dans un contexte de vieillissement de la population et de progrès technologique toujours accrus, cette part a progressé de 0,8 point entre 2011 et 2014 et de 0,2 point entre 2014 et 2015. Cette évolution est à rapprocher principalement de deux facteurs structurels : le dynamisme des postes de dépenses les plus pris en charge par la Sécurité sociale et la progression du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur.

Parallèlement, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) diminue légèrement pour la deuxième année consécutive (-0,3 point en deux ans) et représente 13,3 % de la dépense en 2015.

Enfin, la part du reste à charge des ménages dans la CSBM poursuit aussi son mouvement de baisse régulière pour la quatrième année consécutive en 2015 (-0,8 point en quatre ans) et s'établit désormais à 8,4 % de la CSBM.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) en France représente 11,1 % du PIB en 2014, dernière année disponible en comparaison internationale. La France se place ainsi en cinquième position au sein de l'OCDE, loin derrière les États-Unis et à un niveau très proche de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas.

La dépense de santé progresse moins vite en 2015 qu'en 2014

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM, encadré 1) est évaluée à 194,6 milliards d'euros, soit environ 2 930 euros par habitant. Elle représente 8,9 % du PIB, soit une part en léger recul après trois années de croissance de 2012 à 2014. La CSBM progresse en effet de 1,8 % en 2015, soit un rythme un peu moins rapide que le PIB (1,9 % en valeur, fiche 1).

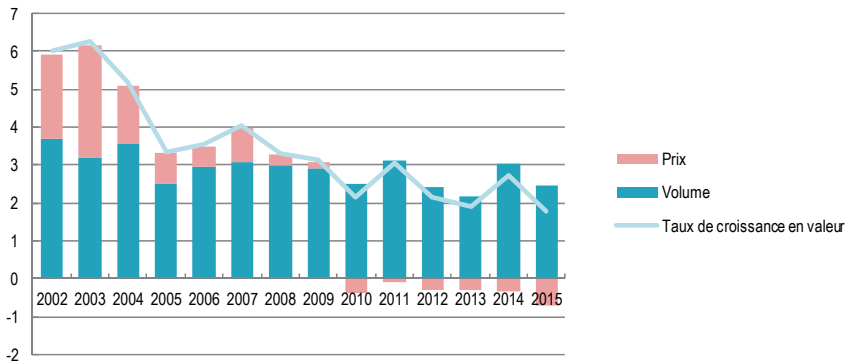
Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme de l'ordre de 5,0 % à 6,0 % par an. Depuis 2008, la progression annuelle de la CSBM est généralement comprise entre 2,0 % et 3,0 % (graphique 1). Les niveaux de croissance les plus bas sont atteints ces dernières années (1,8 % à 2,2 % en 2010, 2012, 2013 et 2015) malgré une dynamique plus soutenue en 2011 et en 2014 (respectivement +3,0 % et +2,7 %) à la suite de phénomènes exceptionnels.

L'accélération de 2014 (+2,7 %) est liée à l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2015, le ralentissement de la CSBM est à rapprocher à la fois de la baisse des prix des biens et services de santé (-0,7 %), qui tend à s'accroître ces dernières années¹, et de la modération des volumes (+2,5 %).

¹ À la suite de l'accentuation des actions de maîtrise de la dépense en lien avec le resserrement progressif des taux d'ONDAM votés par le Parlement.

Graphique 1 Taux de croissance de la CSBM

En %



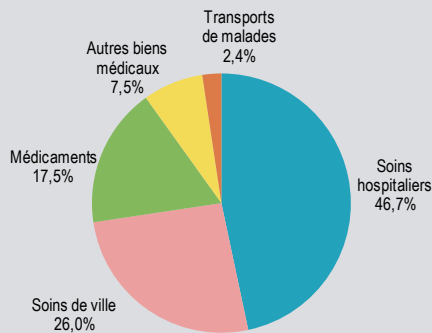
Source > DREES, Comptes de la santé.

Encadré 1 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, pour 46,7 % du total (graphique) ;
- la consommation de soins de ville : en cabinets libéraux, ainsi que les soins en dispensaires, de laboratoires et cures thermales, pour 26,0 % du total ;
- la consommation de transports de malades, 2,4 % du total ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 17,5 % de la dépense ;
- et la consommation d'autres biens médicaux (y compris optique médicale), pour 7,5 % de la dépense.

Graphique Structure de la CSBM en 2015



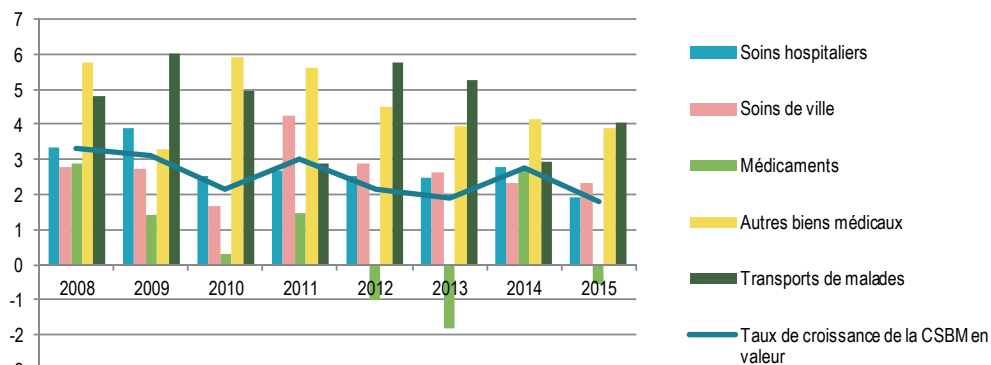
Source > DREES, Comptes de la santé.

En effet, en 2015, la dynamique des soins hospitaliers est moins soutenue et les dépenses de médicaments ont baissé. Au total, ce sont ainsi trois des cinq composantes de la CSBM qui progressent moins vite en 2015 qu'en 2014 : les soins hospitaliers, la consommation de médicaments en ambulatoire et celle d'autres biens médicaux (graphique 2). En revanche, le rythme de croissance des soins de ville¹ se stabilise en 2015 après trois années consécutives de ralentissement. Par ailleurs, les dépenses de transport retrouvent un rythme de croissance dynamique après la progression plus modérée de 2014.

¹ Dans les comptes de la santé, les soins de ville comprennent les soins en cabinets libéraux et en dispensaires, les analyses de biologie et les cures thermales. Ils n'incluent donc pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transport sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

Graphique 2 Taux d'évolution des principales composantes de la CSBM, en valeur

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

En baisse depuis 2010, le prix moyen de la CSBM recule à nouveau en 2015, de 0,7 %. En cumulé, le prix de la CSBM a diminué de 2,0 % en six ans, sous l'effet de la baisse du prix des médicaments¹, que n'ont pas compensé les hausses de prix des soins de ville et des soins à l'hôpital. Le recul du prix des médicaments s'était en effet amplifié entre 2011 et 2013 (-4,4 % en 2013, après -3,1 % en 2012 et -2,0 % en 2011) du fait des baisses de prix toujours importantes et de la générique de médicaments très consommés. En 2014 et 2015, la baisse des prix reste importante (respectivement -3,7 % et -4,0 %) malgré les moindres tombées de brevet et la stabilisation du taux de pénétration des génériques.

L'augmentation en volume de la CSBM, qui se déduit de son évolution en valeur déflatée par son prix, atteint +2,5 % en 2015. Cette progression est moindre qu'en 2014, mais assez comparable à celles de 2012 et 2013. Les volumes des soins hospitaliers et des soins de ville progressent respectivement de 2,1 % et de 1,9 % par rapport à 2014. Leur évolution est un peu plus faible qu'en 2014 (respectivement +2,3 % et 2,0 %). Les volumes de médicaments croissent eux aussi moins rapidement en 2015 (+3,6 %) qu'en 2014 (+6,6 %), l'année 2015 n'ayant pas été marquée contrairement à 2014 par l'introduction de traitements innovants.

Les soins hospitaliers progressent moins vite que les années précédentes

La croissance totale des dépenses du secteur hospitalier s'établit, en 2015, à 1,9 % en valeur, soit le rythme de croissance le plus faible observé depuis 2002, qui est la première année à partir de laquelle des taux de croissance homogènes² peuvent être calculés (graphique 3). En volume, la croissance des dépenses hospitalières est légèrement supérieure (+2,1 %), dans un contexte de baisse des prix (-0,2 %).

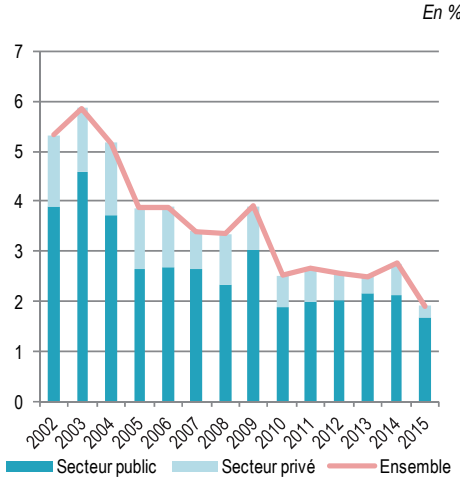
Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 70,1 milliards d'euros en 2015. Elle progresse de 2,2 % en valeur, en deçà de sa tendance en 2010-2014 (+2,7 % par an), en lien avec le ralentissement de la masse salariale hospitalière (fiche 18). La consommation de soins dans le **secteur privé**³ (20,7 milliards d'euros) ralentit plus nettement (+1,1 % en 2015, après +2,4 % par an de 2010 à 2014), à la suite de la modération des honoraires et des frais de séjour. En particulier, les prix ont globalement baissé pour la troisième année consécutive dans le secteur privé hospitalier (-1,1 % après -0,3 % en 2013 et 2014) : en 2015, la légère hausse du prix des honoraires n'a pas compensé les baisses de prix des frais de séjours (contrecoup de l'introduction du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi [CICE]) et des biens médicaux de la liste en sus⁴. En effet, le CICE, mécanisme fiscal de réduction du coût du travail introduit en 2013, a permis aux cliniques privées de réduire leurs charges. Considérant que ces dernières sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont atténué l'écart de compétitivité induit par le CICE en 2013 et 2014, puis l'ont totalement neutralisé en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers privés (fiche 23).

¹ Les indices de prix des médicaments, calculés par l'INSEE, n'intègrent toutefois les médicaments innovants que l'année suivant leur mise sur le marché au sein de l'échantillon retenu. Or ceux-ci sont généralement plus coûteux que la moyenne des médicaments déjà sur le marché.

² La base 2010 des comptes de la santé remonte jusqu'en 2001 avec une méthodologie comparable. Les premiers taux calculables suivant cette méthode sont donc ceux de 2002.

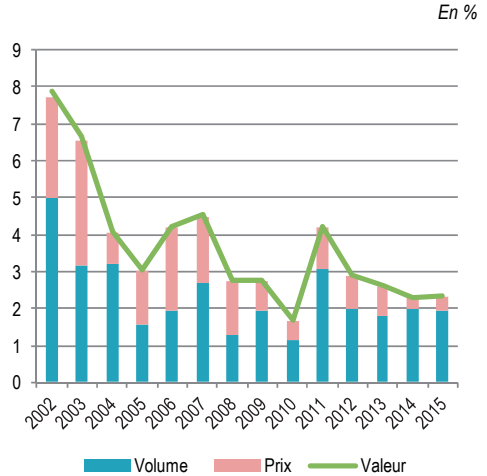
³ Dans les comptes de la santé, suivant une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées.

⁴ Il s'agit des médicaments et autres biens médicaux, souvent coûteux, qui sont facturés en sus de la tarification à l'activité.

Graphique 3 Contributions à l'évolution en valeur de la consommation de soins hospitaliers

Note > La contribution de chaque secteur à la croissance de la consommation de soins hospitaliers totale s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 4 Taux d'évolution de la consommation de soins de ville

Note > La consommation de soins de ville inclut les soins des médecins, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les analyses de biologie et les cures thermales.

Source > DREES, Comptes de la santé.

En 2015, les auxiliaires médicaux expliquent la moitié de la croissance des soins de ville

En 2015, la consommation de soins de ville s'élève à 50,5 milliards d'euros. Elle croît de 2,3 % en 2015, comme en 2014 (graphique 4). Les soins d'auxiliaires médicaux sont à l'origine de plus de la moitié de la croissance des soins de ville alors qu'ils ne représentent qu'un peu plus du quart de cet agrégat (28,4 %).

En effet, malgré un ralentissement en 2015, les volumes des soins d'auxiliaires médicaux sont très dynamiques (+4,3 %), qu'ils soient délivrés par les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes. Les évolutions des autres postes composant les soins de ville sont bien moindres : les volumes de soins de médecins et de sages-femmes progressent de 1,6 % au global et celui des soins dentaires de 0,3 %. Le volume des analyses de biologie, qui avait reculé en 2014, se stabilise en 2015. Les prix des soins de ville affichent également une progression modérée en 2015 (+0,4 %).

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (14,4 milliards d'euros, fiches 7 à 9) sont composés de soins d'infirmiers¹ (qui représentent 52 % du total), de masseurs-kinésithérapeutes (pour 39 % du total) et d'autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures, pour 9 % du total). S'ils sont toujours très dynamiques en 2015 (+4,3 %), ils progressent cependant de moins en moins vite depuis 2012, où leur croissance atteignait 7,0 %. Le prix de ce poste agrégé est resté stable en 2015 comme en 2014, les dernières revalorisations de leurs actes datant de la mi-2012.

La consommation de **soins de médecins généralistes de ville**² (8,7 milliards d'euros, fiche 3) progresse de 0,6 % en 2015 : la consommation en volume stagne (+0,1 %), malgré l'effet en année pleine de l'extension aux personnes de plus de 80 ans (au lieu des 85 ans ou plus) de la majoration personnes âgées (MPA), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014³. La croissance des prix⁴ est, quant à elle, restée faible depuis 2012 et atteint +0,5 % en 2015.

En revanche, la consommation de **soins de spécialistes en ville** (11,2 milliards d'euros, fiche 4) est en forte augmentation (+3,1 % en 2015). La croissance des volumes s'établit à 1,5 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2014 et atteint +2,6 % en 2015. Cette progression est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM (dont les volumes ont connu une croissance de 10 % en moyenne annuelle de 2006 à 2015).

¹ Les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD, 1,6 milliard d'euros en 2015) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée compte tenu de leur nature.

² Cette dépense comprend les honoraires des médecins en cabinets libéraux et en dispensaires (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus de cet agrégat les contrats et la rémunération sur objectifs de santé publique (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les prises en charge de cotisations par l'assurance maladie dont bénéficient ces professionnels (retracés dans les subventions au système de soins).

³ Par convention, l'indice IPC intègre les nouveaux forfaits (tels que la majoration personnes âgées - MPA) en « effet volume » bien qu'ils induisent une augmentation de la rémunération des consultations des professionnels, à tarif des lettres clef inchangé.

⁴ Jusqu'en 2015 inclus, l'indice INSEE de prix des médecins est commun aux généralistes et aux spécialistes.

De même, la consommation de **soins de sages-femmes en ville** (270 millions d'euros en 2015, fiche 6) est particulièrement rapide (+15,8 % en 2013 et +11,1 % en 2014 et 2015) sous l'effet de la montée en charge du programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO), qui instaure la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de la maternité.

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 10,7 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 1,2 % en valeur par rapport à 2014. Ce léger rebond fait suite à une croissance de moins en moins soutenue de 2011 à 2014. Il est porté par le dynamisme de la dépense remboursable, tandis que la part non remboursable s'infléchit¹ (fiche 10). Son prix progresse de 0,9 % en 2015 : la revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la rénovation de la CCAM dentaire sont entrées en vigueur en juin 2014 et poursuivent donc leurs effets en 2015. Les volumes de soins dentaires sont en revanche stables en 2015 (+0,3 %).

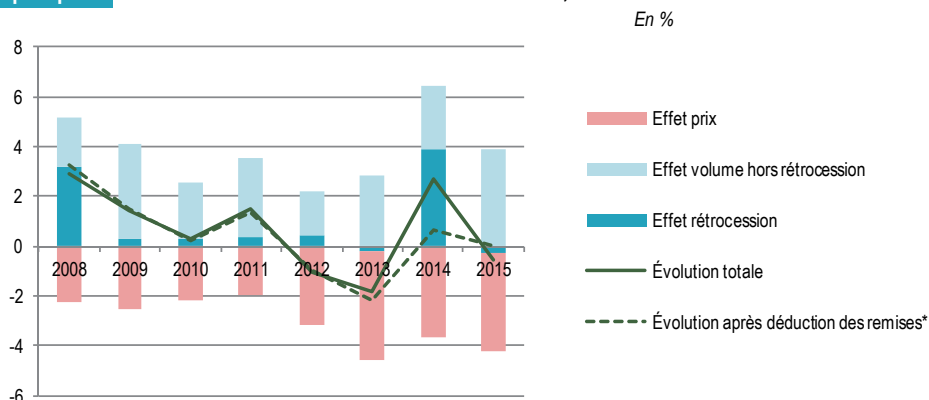
Après trois années de recul (-0,6 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2014), la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** se stabilise à 4,3 milliards d'euros. Ces diminutions découlaient des baisses successives de cotation d'actes, des impacts des mouvements de grève de 2012 et de l'effet de la recommandation de la Haute Autorité de santé visant à réduire les dosages de vitamine D. En 2015, la consommation d'analyses et de prélèvements se stabilise en l'absence de nouvelle modification des cotations (fiche 12).

Enfin, **les autres soins et contrats** regroupent les rémunérations forfaitaires versées par l'assurance maladie à certains professionnels de santé (permanence des soins pour les médecins, rémunérations sur contrat, spécifiques à chaque profession, rémunération sur objectif de santé publique [ROSP] des médecins) et les honoraires des autres professionnels de santé. En 2015, les autres soins et contrats s'élèvent à 637 millions d'euros, soit 3,3 % de plus qu'en 2014. La ROSP², versée majoritairement aux généralistes, en constitue le principal poste (fiche 3).

Une baisse de la dépense de médicaments

En 2015, les nouvelles baisses du prix du médicament font plus que compenser sa croissance en volume : la consommation de médicaments en ville, qui s'élève à 34,0 milliards d'euros, diminue de 0,5 %. Cette relative stabilité résulte de deux effets de grande ampleur mais de sens contraire : d'une part, une nouvelle diminution des prix (-4,0 %) et, d'autre part, une hausse des volumes (+3,6 %, graphique 5).

Graphique 5 Évolution de la consommation de médicaments, en valeur



* Par convention et faute de détail (entre ville et hôpital), l'ensemble des remises³ est déduit ici de la consommation de médicaments en ville. En toute rigueur, une part d'entre elles vient en fait en réduction de la dépense hospitalière.

Champ > Consommation de médicaments en ambulatoire.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Auparavant très dynamique (+4,9 % par an entre 2001 et 2010), la progression des volumes de vente de médicaments est revenue à environ 3 % par an entre 2010 et 2013, à la suite notamment des modifications de

¹ Toutefois, sa dynamique réelle est difficile à appréhender : les actes hors nomenclature dentaire (par exemple orthodontie pour les assurés de plus de 16 ans, implants dentaires) se développent et échappent à la statistique publique, faute de remontée de ces dépenses aux caisses d'assurance maladie.

² Depuis 2012, la ROSP médecins vient compléter la rémunération des praticiens (généralistes et certains spécialistes) en fonction du degré de réalisation d'objectifs, liés principalement à la qualité des soins et de prescription.

³ Les laboratoires pharmaceutiques versent aux caisses de Sécurité sociale des remises. Leurs montants, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins (fiche 31).

comportements de prescription, des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, et des actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple). En 2014, la forte hausse des volumes (+6,6 %) est principalement due au dynamisme des produits rétrocedés, en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2014, ces traitements ont en effet généré à eux seuls plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses nouvelles, portant le montant total de la rétrocession à 2,9 milliards d'euros avant remises, contre 1,6 milliard en 2013. Hors rétrocession, la croissance des volumes de spécialités pharmaceutiques en ville de 2014 serait restée proche des 3 % (+2,5 %).

En 2015, la rétrocession diminue de 3,1 % et son montant s'élève à 2,8 milliards d'euros. Les volumes hors rétrocession progressent en revanche de 3,6 %, portés notamment par le dynamisme des médicaments non remboursables (+6,3 % en volume après -3,8 % par an entre 2012 et 2014). Leur croissance est à rapprocher des déremboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars 2015, en particulier les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente. Les dépenses d'autres médicaments non remboursables sont également dynamiques (fiche 13).

Contrairement aux volumes, le prix des médicaments diminue de 4,0 % en 2015, à la suite de la baisse du prix des spécialités remboursables (-4,5 %). Leur prix recule depuis de nombreuses années, et ce de façon plus marquée depuis 2012 avec l'intensification des politiques de baisses de prix menées, afin de respecter des taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de plus en plus contraints, et avec la diffusion croissante des médicaments génériques. Plus précisément, les prix des médicaments remboursables diminuent sous l'effet de l'augmentation du nombre de spécialités génériquées et pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps (fiche 15). En particulier, en 2012 et 2013, plusieurs spécialités très consommées ont été génériquées. L'impact de la générication est toutefois moins marqué depuis 2014 du fait de moindres tombées de brevets et d'un taux de pénétration des génériques stable. En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser en 2015 (de +0,6 % et de +2,3 % par an en moyenne depuis 2008).

L'année 2015 a en outre été marquée sur ce champ par la réforme de la rémunération des pharmaciens, qui a modifié la marge officielle avec l'introduction d'honoraires de dispensation (HDD). Ce nouveau mode de rémunération, introduit le 1^{er} janvier 2015, consiste en un forfait de 0,82 euro par boîte de médicaments délivrée (revalorisé à 1,02 euro au 1^{er} janvier 2016), et 0,51 euro supplémentaire en cas d'ordonnance « complexe », c'est-à-dire listant au moins cinq spécialités remboursables différentes. En 2015, plus de 2,1 milliards de HDD ont ainsi été versés aux pharmaciens. Cette réforme a eu pour effet de déplacer une partie de la marge des médicaments les plus coûteux vers les médicaments les moins chers. Au niveau macroéconomique, toutefois, ce report d'une partie de la marge vers un HDD est quasiment neutre sur la dépense totale de médicaments et sur la répartition de son financement (fiche 13).

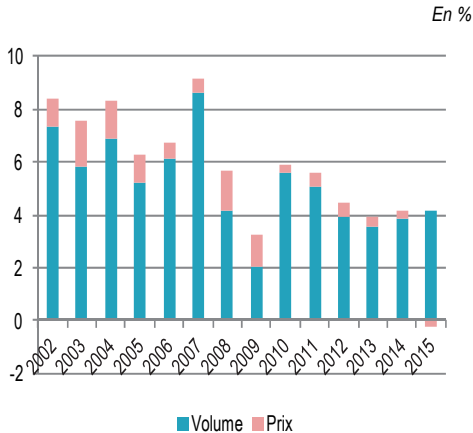
En 2015, le prix de l'optique diminue pour la première fois depuis 2002

La consommation d'« autres biens médicaux » atteint 14,7 milliards d'euros en 2015, soit 3,9 % de plus qu'en 2014 (graphique 6). Elle comprend 6,1 milliards d'euros pour l'optique (fiche 17), 2,8 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,8 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements (fiche 16).

Les dépenses d'autres biens médicaux que l'optique restent très dynamiques : en 2015, les prothèses, orthèses et VHP progressent de 7,0 %, et les matériels, aliments et pansements, de 5,4 %. Entre 2010 et 2014, la croissance de ces deux postes était relativement proche, d'environ 6 % par an.

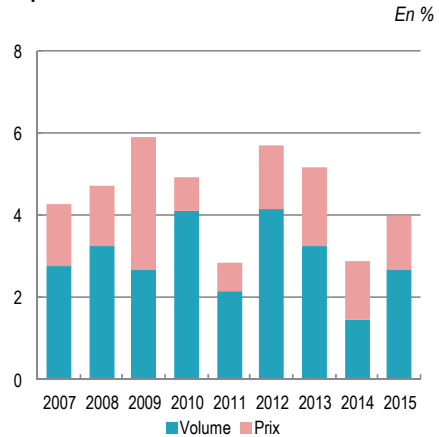
En revanche, la dépense d'optique médicale, qui progressait fortement dans les années 2000, a nettement ralenti depuis 2013. La modération de la dépense de ces trois dernières années s'explique par le ralentissement à la fois des prix et des volumes. En 2015, le prix de l'optique diminue pour la première fois depuis 2001 (-0,3 %). Plusieurs éléments peuvent expliquer ces tendances. Confrontés à des dépenses d'optique dynamiques, certains organismes complémentaires ont limité leurs garanties effectives ces dernières années notamment en introduisant des bonus fidélité ou des reports de forfait dans leur contrat. La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, accentue ce phénomène : parmi les nouveaux critères à respecter pour bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la réglementation, les contrats doivent désormais rembourser les dépenses d'optique au maximum tous les deux ans. Par ailleurs, le développement récent des réseaux de soins et la libéralisation de la vente d'optique médicale par internet instaurée par la loi Hamon du 17 mars 2014 pourraient contribuer à expliquer la modération des prix du secteur.

Graphique 6 Taux d'évolution des dépenses d'autres biens médicaux



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 7 Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires



Source > DREES, Comptes de la santé.

Les transports de malades progressent plus rapidement en 2015 qu'en 2014

Les dépenses de transports de malades¹ s'élèvent à 4,6 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 4,0 % en valeur et de 2,7 % en volume par rapport à 2014 (graphique 7). Cette évolution plus dynamique qu'en 2014 (+2,9 %), retrouve la tendance de moyen terme des dépenses de transport sanitaire (+4,2 % en moyenne annuelle entre 2010 et 2014).

En 2015, la reprise d'une croissance plus soutenue de la dépense est à mettre en lien avec la reprise des volumes (+2,7 %), les prix augmentant de 1,3 %, à la suite de la revalorisation tarifaire des VSL intervenue au 1^{er} janvier (fiche 11).

Le reste à charge des ménages en santé diminue de nouveau en 2015 et s'établit à 8,4 %

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM, avec une prise en charge de 76,8 % de la dépense en 2015, soit 149,5 milliards d'euros (tableau 1). Sur les quinze dernières années, la part de la Sécurité sociale dans le financement a atteint un point haut en 2004 (77,4 %), puis a diminué pour atteindre 75,8 % en 2011. Entre 2011 et 2014, elle a progressé de 0,8 point et progresse de nouveau de près de 0,2 point en 2015, à 76,8 % (fiche 25).

Les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents² ainsi que de l'aide médicale de l'État³ et des organismes de base au titre de la CMU-C représentent au global 1,4 % de la CSBM en 2015.

La part des organismes complémentaires (OC [mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances], fiche 27) a augmenté jusqu'en 2013. La hausse était principalement portée par la prise en charge par ces organismes des autres biens médicaux, et notamment de l'optique. Cependant, cette prise en charge s'est stabilisée depuis 2012. La part des organismes complémentaires dans la CSBM diminue légèrement en 2014 et en 2015. La faible croissance des prestations versées par les OC en 2015 s'explique en partie par la réforme de la couverture santé des travailleurs frontaliers suisses : un certain nombre de ces travailleurs, qui auparavant étaient intégralement couverts par une assurance santé privée (dite « au 1^{er} euro »), ont été obligés de s'affilier à la Sécurité sociale. Cela a représenté une perte d'activité pour les OC et des prestations moindres. La réforme des « contrats responsables » a également réduit la prise en charge des OC pour les soins de médecins notamment.

Enfin, le reste à charge des ménages en santé, qui atteignait 9,3 % en 2011, diminue depuis lors. Il ressort à 8,4 % de la CSBM en 2015 (fiche 28).

¹ Les dépenses de transport de malades recouvrent différents types de transports : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment).

² Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

³ Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

La hausse de la part de la Sécurité sociale et la baisse du reste à charge des ménages proviennent, d'une part, de phénomènes de fond liés notamment au vieillissement de la population tels que la progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD), la déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés..., d'autre part, des effets des différentes mesures législatives portant sur l'assurance maladie (mesures de régulation, remboursement de nouveaux actes et traitements innovants...).

Tableau 1 Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

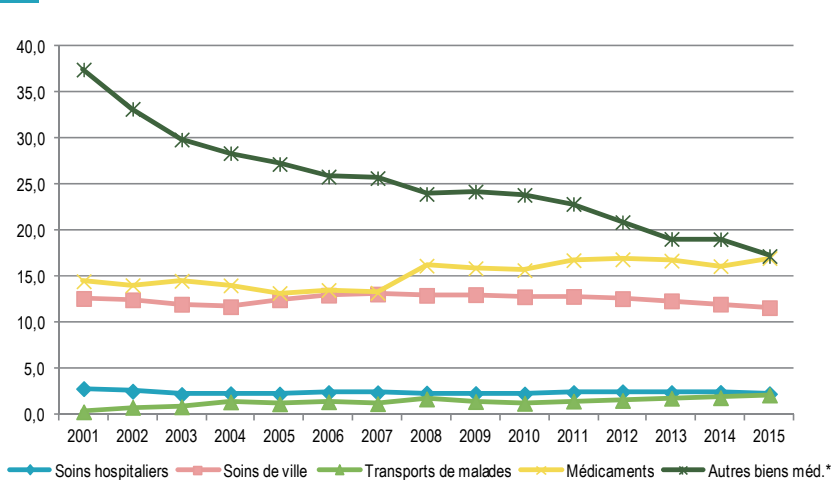
	2001	2004	2007	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sécurité sociale ⁽¹⁾	77,0	77,4	76,9	76,3	75,8	75,9	76,2	76,7	76,8
État et CMU-C org. de base	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Organismes complémentaires ⁽²⁾	12,1	12,7	13,0	13,4	13,6	13,7	13,7	13,4	13,3
dont mutuelles	7,4	7,4	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3	7,1	7,0
dont sociétés d'assurances	2,4	2,8	3,0	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7
dont Institutions de prévoyance	2,3	2,5	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6
Ménages	9,7	8,7	8,8	9,0	9,3	9,1	8,8	8,6	8,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics et les régimes Alsace Moselle et CAMIEG.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 8 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



* Y compris optique médicale.

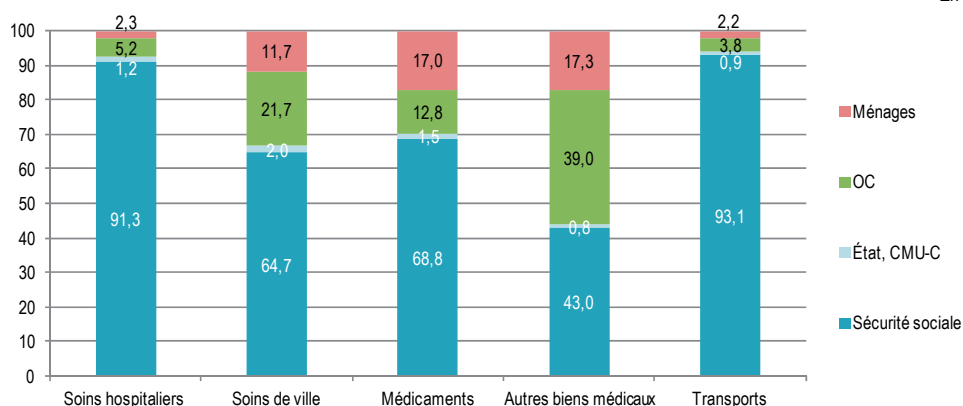
Source > DREES, Comptes de la santé.

Les niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale varient fortement d'un poste de dépense à l'autre

Les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,3 % en 2015 (graphique 9). À l'inverse, les organismes complémentaires (OC) prennent en charge une part réduite de ces dépenses (5,2 % en 2015). Le reste à charge des ménages s'établit quant à lui à 2,3 % sur ce poste de dépenses en 2015 (graphique 8). Ces parts sont stables depuis 2010.

Graphique 9 Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2015

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Deux tiers des **soins de ville** sont pris en charge par la Sécurité sociale (64,7 % en 2015). Cette part augmente depuis 2012, en raison notamment de l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : l'assurance maladie assure l'intégralité du financement de ce supplément de rémunération des médecins. Cette croissance est accentuée en 2015 par le ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins et le recul de celui des dentistes.

Les organismes complémentaires financent 21,7 % des soins de ville en 2015. Leur part dans le financement des soins dentaires (soins et prothèses, 40,3 % en 2015) a augmenté depuis plusieurs années (+5 points depuis 2006). En revanche, la prise en charge par les OC des soins de médecins (19,4 % en 2015) a reculé par rapport à 2014 (20,2 %). Depuis 2015, la législation sur les « contrats responsables » impose en effet aux OC de plafonner les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Le reste à charge en soins de ville, qui s'établissait à 12,8 % en 2010 et 2011, diminue depuis 2012 en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages. Il s'établit à 11,7 % de la dépense en 2015.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** diminue en 2015 pour atteindre 68,8 %. Malgré le passage, en 2011, à 30 % du taux de remboursement auparavant à 35 %, cette part augmentait depuis 2009, en lien avec la déformation de la structure des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes de médicaments progresse tendanciellement. En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. En 2015, ce taux diminue, à la fois du fait de remboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant (anti-arthrosiques notamment) à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables.

Symétriquement, la part de la dépense de médicaments prise en charge par les OC a diminué de 3,0 points depuis 2010. En 2015, les déremboursements et l'intégration de travailleurs frontaliers suisses dans l'assurance maladie obligatoire française induisent également une baisse de la prise en charge par les OC des médicaments.

Le reste à charge sur les médicaments a augmenté de 15,7 % en 2010 à 17,0 % en 2015. En particulier, en 2015, en conséquence de la baisse de la prise en charge par l'assurance maladie et par les OC, le reste à charge sur les médicaments repart à la hausse (+0,9 point).

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 43,0 % de la dépense en 2015, mais cette part a progressé de 2,2 points depuis 2011. Sur les dernières années, la croissance de cette part est due à un effet de structure : l'optique (dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est de 3,8 % en 2015) croît moins vite que les autres biens médicaux hors optique (dont le taux est de 71,1 %).

À l'inverse, les autres biens médicaux sont le poste où les OC interviennent proportionnellement le plus puisqu'ils financent, en 2015, 39,0 % de cette dépense. L'optique y tient une place prépondérante, et représente plus des trois quarts des remboursements d'autres biens médicaux de ces organismes. Sur ce champ, la part des OC a peu augmenté depuis 2012, après avoir crû pendant de nombreuses années (elle s'établissait à 32,7 % en 2006 et à environ 26 % en 2000). Outre la limitation des garanties les plus généreuses, les OC ont également mis en place des réseaux de soins qui leur permettent de modérer certaines de leurs prestations, notamment en optique.

En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est progressivement réduit, passant de 23,9 % en 2010 à 17,3 % en 2015, soit une diminution de 6,6 points en cinq ans.

Enfin, c'est pour les **transports de malades** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,1 % des montants engagés en 2015. La proportion importante du nombre de patients en affection de longue durée (ALD) ayant recours à ces services explique la part prépondérante de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc très faible (2,2 % en 2015), de même que la part des organismes complémentaires (3,8 %).

En 2015, la dépense courante de santé progresse moins vite que le PIB en valeur

La dépense courante de santé (DCS) s'établit à 262,0 milliards d'euros en 2015, soit 12,0 % du PIB (encadré 2, fiche 31).

En 2015, le taux de croissance de la DCS est particulièrement bas (+1,5%). Il progresse moins vite que le PIB en valeur, rompant ainsi avec les années 2012-2014 et avec la période précédant la crise où la DCS croissait nettement plus rapidement que ce dernier.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. En 2015 comme en 2014, la dépense courante de santé progresse un peu plus lentement que la CSBM (+1,5 % contre +1,8 %). Cette moindre croissance est notamment liée à la décroissance des coûts de gestion (-1,3 %), de la prévention institutionnelle (-1,0 %) et des autres dépenses en faveur des malades (-1,8 %, portées par la baisse des indemnités de l'ONIAM¹).

Les dépenses en faveur du système de soins sont également peu dynamiques (+0,7 %) : les dépenses de recherche sont stables ; celles de formation médicale et les subventions décroissent. Les remises conventionnelles (qui viennent diminuer la dépense courante de santé) reculent aussi, après avoir connu un niveau exceptionnellement haut en 2014.

En revanche, les soins de longue durée et les indemnités journalières croissent plus rapidement que la CSBM (respectivement +2,1 % et +2,3 %). La dynamique des soins de longue durée est à rapprocher de facteurs démographiques structurels (vieillesse de la population). La croissance des indemnités journalières est en revanche portée par les effets de la grippe saisonnière, plus importante qu'en 2014.

Encadré 2 La dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) au sens français est 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 d'investissement en capital (formation brute de capital fixe, FBCF) des établissements de santé et des professionnels libéraux. Outre la CSBM, la DCS (tableau 2) comprend :

- les soins de longue durée (7,7 %) : les **soins aux personnes âgées** (fiche 32) regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPAD) et ceux délivrés à domicile par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les **soins de longue durée aux personnes handicapées** (fiche 33) correspondent aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail, 5,2 %, fiche 35) ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : dépenses d'indemnisation de l'ONIAM et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle (2,2 %, fiche 35), composée de la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins...), la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages...), la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé...) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels...). Elle est dite « institutionnelle » car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,7 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de la santé, ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %, fiche 37).

¹ Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Tableau 2 Dépense courante de santé (au sens français)

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2005-2015 en moyenne annuelle (en %)	Taux d'évolution 2014-2015 (en %)
	2005	2015		
1- CSBM	148,0	194,6	2,8	1,8
2- Soins de longue durée	12,1	20,1	3,7	2,1
SSIAD	0,9	1,6	4,0	1,3
Soins aux pers. âgées en étab.	4,6	9,0	5,0	2,2
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,7	9,5	2,6	2,2
3- Indemnités journalières	10,7	13,7	1,8	2,3
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,3	0,6	6,7	-1,8
5- Prévention institutionnelle	5,0	5,8	1,0	-1,0
6- Dépenses en faveur du système de soins	9,6	12,2	1,8	0,7
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1,9	2,5	2,1	4,0
Recherche médicale et pharmaceutique	6,6	7,5	0,9	0,1
Formation médicale	1,1	2,2	5,2	-0,6
7- Coût de gestion de la santé	11,9	15,1	1,7	-1,3
Dépense courante de santé (1+...+7)	197,5	262,0	2,0	1,5

Source > DREES, Comptes de la santé.

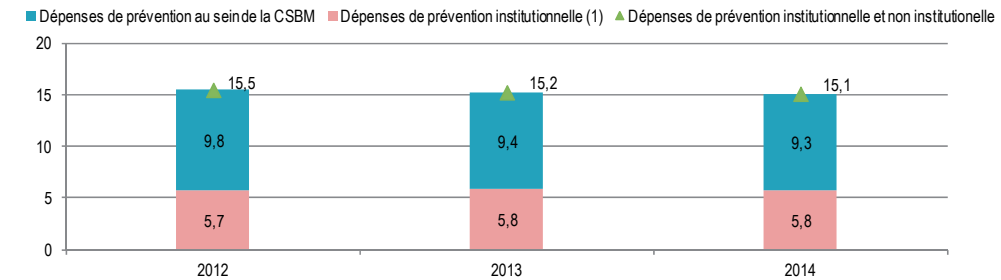
La prévention sanitaire : 15,1 milliards d'euros

La DREES, en collaboration avec la direction générale de la santé (DGS) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), s'est engagée dans l'estimation des dépenses de prévention en France.

Les dépenses de prévention s'élèveraient à 15,1 milliards d'euros en 2014 (graphique 10, éclairage « Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire ») : 5,8 milliards pour la prévention institutionnelle et 9,3 milliards d'euros pour la prévention retracée dans la CSBM. Ces dépenses de prévention disséminées représentent au moins 4,8 % de la CSBM. En leur sein, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la place la plus importante des dépenses de prévention (45 %), suivie des consultations, visites et actes réalisés par les médecins (25 %).

Graphique 10 Dépenses de prévention institutionnelle et non institutionnelle entre 2012 et 2014

En milliards d'euros



(1) Hors dépenses comptabilisées dans la CSBM (fiche 35).

Note > Graphique issu de l'éclairage « Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire »

Champ > Tous régimes.

Sources > Comptes de la santé, SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Les dépenses de prévention ont diminué de 1,2 % par an entre 2012 et 2014 : si la prévention institutionnelle a augmenté de 1,1 % par an, la prévention au sein de la CSBM a reculé de 2,6 % par an. Cela s'explique notamment par la diminution des dépenses de médicaments consommés à titre préventif. En particulier, les dépenses liées aux traitements du risque cardio-vasculaire (antihypertenseurs et hypolipémiants) ont baissé, en raison de la diffusion des génériques et de la réduction du nombre de personnes traitées.

Par ailleurs, les ventes de contraceptifs hormonaux ont reculé, à la suite de la polémique sur les pilules de troisième et quatrième générations. La consommation s'est en partie reportée sur les dispositifs intra-utérins.

Enfin, les ventes d'antitabac reculent entre 2012 et 2014, en parallèle d'une diminution du volume de tabac vendu sur cette période et de l'essor des cigarettes électroniques, qui peuvent apparaître pour certains utilisateurs comme un moyen de sevrage¹.

L'Union européenne des 15 dépense 10,5 % de son PIB pour la santé

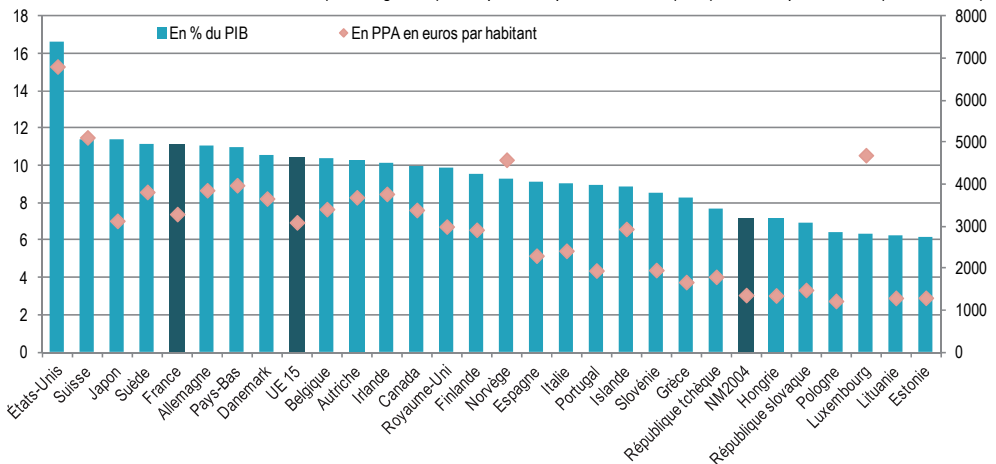
Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi, voir encadré 3) représentant 16,6 % du PIB en 2014, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE, en lien notamment avec des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques. Plus de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et le Japon défont 11,4 % de leur PIB pour la santé.

En France, la DCSi s'établit à 11,1 % du PIB, soit un niveau très proche de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas et supérieur à la moyenne de l'UE 15 (10,5 % - fiche 40). Dans les pays du sud de l'Europe, les dépenses de santé sont en revanche plus faibles que la moyenne de l'UE 15. Par ailleurs, la plupart des pays d'Europe centrale comme la Hongrie ou la Pologne défont nettement moins : en moyenne, les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 et pour lesquels les données sont disponibles (NM 2004) consacrent 7,2 % de leur PIB à la santé (graphique 11).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsqu'on s'appuie sur la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA²). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne UE 15, à un niveau proche de la Belgique, du Canada ou du Japon. Les écarts relatifs de pouvoirs d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2014

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré 3 Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat.

L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion (annexe 1 du panorama).

¹ Lermenier-Jeannot A., « Tabagisme et arrêt du tabac en 2015 », OFDT, février 2016.

² Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services.

Depuis la crise, une moindre progression des dépenses de santé

Entre 2007 et 2009, les dépenses de santé rapportées au PIB ont crû en moyenne de 5,6 % en UE 15, du fait de la contraction du PIB dans de nombreux pays, alors que les dépenses de santé continuaient à progresser en termes réels au même rythme qu'avant la crise.

La croissance des dépenses de santé, en part de PIB comme à prix constant, marque le pas en 2010, dans un contexte de réduction ou de ralentissement des financements publics qui constituent la principale ressource des systèmes de santé. Certains pays d'Europe en particulier ont connu une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2014 (les pays du sud de l'Europe, le Danemark et les Pays baltes).

Ainsi, entre 2011 et 2014, les dépenses de santé progressent de moins de 1 % par an dans l'UE 15 en termes réels, soit un rythme trois fois plus faible qu'avant la crise, de 2003 à 2007 (graphique 12), mais supérieur à la croissance du PIB (+0,2 % par an en termes réels entre 2011 et 2014). Parmi les NM 2004, la progression des dépenses de santé est légèrement plus soutenue en termes réels que dans l'UE 15, mais l'écart est moindre qu'avant crise et la part des dépenses dans le PIB y diminue du fait d'une croissance économique généralement plus dynamique.

Aux États-Unis, le ralentissement de la croissance réelle de la DCSi est beaucoup moins marqué. La DCSi y croît ainsi de 2,4 % par an entre 2011 et 2014. La part de la DCSi dans le PIB est stable depuis 2009. En revanche, cette part diminue au Canada, la croissance réelle des dépenses étant divisée par trois par rapport à la période précédant la crise (fiche 40).

Graphique 12 Évolution annuelle moyenne réelle de la dépense courante de santé au sens international

Évolution annuelle moyenne de la DCSi en PPA en euros constants 2010, en %



Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : France 2005-2006, Italie 2013-2014, Royaume-Uni 2012-2013, Suède 2010-2011, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE 15 et NM 2004 sont corrigées des ruptures de série.

Un reste à charge des ménages en santé de 15 % en moyenne dans l'Union européenne des 15, mais de fortes disparités

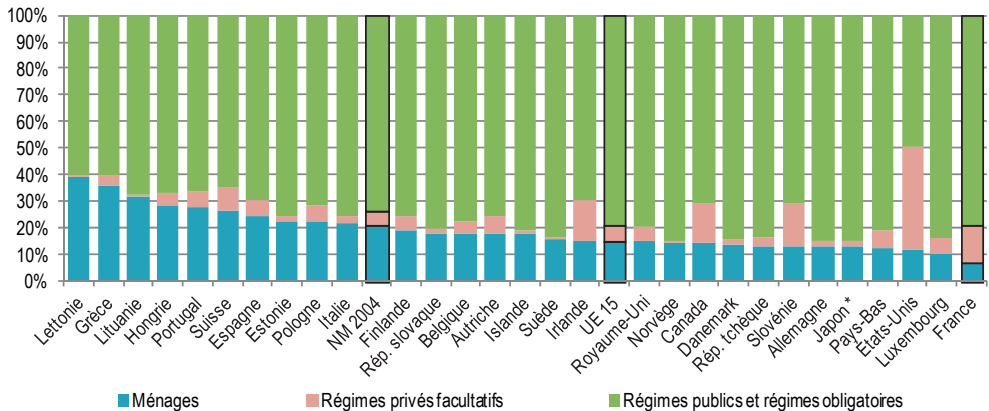
En moyenne, en 2014, dans les pays de l'UE 15, 15 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) restent à la charge des ménages (graphique 13). Le reste à charge est plus élevé dans les nouveaux États membres de l'UE (NM 2004), où il atteint 21 %. Il est également plus élevé en Suisse (27 %). Par rapport aux autres pays développés comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi).

La part des régimes publics ou obligatoires atteint 85 % en Norvège, en Allemagne et au Japon. Dans ces pays, le poids des assurances privées dans le financement de la DCSi est faible. Aux États-Unis, le niveau de la dépense est particulièrement élevé (du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées facultatives, les régimes publics ou obligatoires y représentant moins de 50 % du total.

Entre 2007 et 2014, la part du reste à charge des ménages dans les DCSi est relativement stable. C'est le cas notamment en France, au Danemark, en Belgique et en Norvège. Toutefois, dans les pays les plus durement touchés par la crise et où des ajustements budgétaires drastiques ont été adoptés, comme le Portugal et l'Espagne, le reste à charge des ménages a fortement augmenté depuis cinq ans (fiche 47).

Graphique 13 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2014

En % des dépenses courantes de santé au sens international



* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées.

Note > En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».

Champ > Les pays européens pour lesquels les données sont disponibles dont ceux de l'UE 15, et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Une recherche d'efficacité accrue à l'hôpital, une régulation du marché pharmaceutique

Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis notamment le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire les dépenses hospitalières en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité, qui prennent le relais après les interventions. La recherche d'une efficacité accrue s'est ainsi traduite, dans de nombreux pays, par une réduction du nombre de lits, des taux d'occupation plus élevés et des durées d'hospitalisation plus courtes (fiche 45).

Par ailleurs, en ce qui concerne le marché pharmaceutique, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières tant au niveau du prescripteur que de la distribution afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. La maîtrise de la dépense, qui s'est concrétisée par des baisses de prix fabricants dans la plupart des pays européens depuis 2008, a des effets, en particulier en France où le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant réalisé sur les seules ventes en officines recule plus vite que les volumes. L'action sur les prix montre aussi son efficacité aux Pays-Bas, qui a recours aux appels d'offres et réduit ainsi sa dépense malgré une reprise de la hausse du volume consommé. L'Espagne maîtrise aussi la consommation (baisse des prix des génériques en particulier), le recul du CAHT étant essentiellement la conséquence du recul du volume de médicaments consommés (fiche 44).

Une spécialisation de la médecine, une extension du rôle des sages-femmes et des infirmiers

Les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes. En France et au Canada, le nombre de généralistes est quasi-équivalent au nombre de spécialistes (fiche 42).

Au cours des dernières décennies, certains pays ont redéfini le contour des pratiques professionnelles afin de répondre à une demande de meilleure reconnaissance des auxiliaires médicaux et des sages-femmes, et de concourir à une plus grande autonomie de ces professions par rapport au corps médical.

En Europe, les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire certains médicaments dans une minorité croissante de pays (Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, France et, sur autorisation, en Irlande). Dans trois pays, elles sont autorisées à prescrire des contraceptifs (France, Suède, Norvège).

En France, la loi de santé de 2016 comporte également plusieurs dispositions visant à étendre les compétences des sages-femmes, notamment la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, la prescription et différents actes relatifs à la prévention (vaccinations, prévention des risques liés au tabagisme).

Aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni notamment, a été organisé le transfert de certaines activités médicales à des infirmiers « praticiens ». Au Royaume-Uni, ces derniers ont étendu leurs compétences dans plusieurs domaines, notamment la promotion de la santé (dépistage, conseil diététique, bilan de santé) ou le suivi de maladies chroniques (asthme, maladies cardiovasculaires). Les personnels infirmiers assurent aussi des consultations de « premier recours ». Ils sont également autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire avec les médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des modalités de protocoles prédéfinis.

En France, des protocoles de coopération entre médecins et infirmiers, issus de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009, permettent à ces derniers de pratiquer certains actes techniques comme des prises en charge globales dans le cadre du suivi de patients chroniques. En 2016, la loi de santé crée un cadre légal de l'infirmier de pratique avancée (IPA). Les domaines d'intervention de l'IPA pourraient comporter «des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales »¹ (fiche 42).

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119.

2

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

Dépenses et acteurs
du système de santé

Comparaisons
internationales

Éclairage

Annexes

Tableaux détaillés

> La CSBM et son financement

Le chapitre de l'ouvrage portant sur la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France fournit tout d'abord un aperçu général de ses évolutions, sur les dernières années (fiche 1) et sur longue période (fiche 2).

Sont ensuite tour à tour détaillées les composantes de la CSBM, à travers trois jeux de fiches thématiques :

- *soins ambulatoires* : soins et effectifs de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de sages-femmes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, d'autres auxiliaires médicaux, soins dentaires, transports de malades, analyses en laboratoires et cures thermales (fiches 3 à 12) ;
- *biens médicaux* : marché et consommation de médicaments, optique, autres biens médicaux (fiches 13 à 17) ;
- *soins hospitaliers* (fiches 18 à 23) : consommation de soins, situation financière des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif, offre et activité hospitalières, avec un zoom sur l'hospitalisation à domicile.

La dernière partie de ce chapitre (fiches 24 à 30) explicite le financement des dépenses de santé en France. Les fiches qui la constituent déclinent les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale, organismes complémentaires, Fonds CMU et ménages, à travers leur reste à charge. Cette partie inclut également une analyse des liens entre les différents concepts de dépense : l'une distingue les dépenses remboursée, remboursable et non remboursable, et une fiche fait la jonction entre les concepts de CSBM et d'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie)

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1970s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [12]. In the 1980s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [13].

In the 1990s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [14]. In the 2000s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [15].

In the 2010s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [16]. In the 2020s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [17].

In the 2030s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [18]. In the 2040s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [19].

In the 2050s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [20]. In the 2060s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [21].

In the 2070s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [22]. In the 2080s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [23].

In the 2090s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [24]. In the 2100s, *S. flexneri* was the most commonly isolated serotype from patients with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [25].

La consommation de soins et de biens médicaux

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 194,6 milliards d'euros (tableau), soit 2 930 euros par habitant. Elle progresse de 1,8 % en valeur et de 2,5 % en volume, les prix de la CSBM reculant de 0,7 % par rapport à 2014. En 2015, la CSBM représente 8,9 % du PIB et 12,6 % de la consommation effective des ménages.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, pour 46,7 % du total (fiche 19) ;
- la consommation de soins de ville* : les soins en cabinets libéraux, en dispensaires, les soins de laboratoires et les cures thermales, pour 26,0 % du total (fiches 3 à 12) ;
- la consommation de transports de malades, 2,4 % du total (fiche 11) ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 17,5 % de la dépense (fiche 13) ;
- et la consommation d'autres biens médicaux, pour 7,5 % de la dépense (fiches 16 et 17).

Cette structure s'est déformée entre 2008 et 2015 : la part des médicaments recule de 2,7 points, au profit des soins hospitaliers, des auxiliaires médicaux et des autres biens médicaux.

La CSBM augmente de 1,8 % en 2015

Depuis 2008, la progression annuelle de la CSBM est comprise, entre 2 % et 3 % (graphique 2). Les niveaux de croissance les plus bas sont atteints ces dernières années (1,9 % à 2,2 % en 2010, 2012, 2013 et 2015), malgré de légers rebonds temporaires en 2011 et en 2014 (respectivement +3,0 % et +2,7 %). Ces évolutions globales résultent de plusieurs facteurs.

En 2015, la croissance des soins hospitaliers a été plus modérée qu'en 2014 (+1,9 % contre +2,8 % en valeur) à la suite de la baisse des prix de ce secteur (-0,2 % après +0,5 % en 2014). Néanmoins, les soins hospitaliers représentent toujours, en 2015, le premier facteur de hausse de la CSBM devant les soins de ville.

En 2015, la croissance des soins de ville a été aussi élevée qu'en 2014 (+2,3 %). En effet, les dépenses de médecins, plus grands contributeurs à la croissance des soins de ville, ont une évolution analogue à celle de 2014 (+2,2 % en 2014 et +2,1 % en 2015). Toujours soutenues, les dépenses d'auxiliaires médicaux ont, en revanche, un

peu décéléré : +5,1 % en 2014 et +4,3 % en 2015. Les soins dentaires sont, quant à eux, en reprise en 2015 (+1,2 % après -0,1 % en 2014).

Le rythme de croissance de la CSBM particulièrement bas observé en 2012 et 2013 découlait d'un recul de la consommation des médicaments. Après -1,8 % en 2013, cette dépense a de nouveau progressé en 2014 de 2,7 %, portée par les nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, qui ont accru de 80 % le montant de la rétrocession hospitalière. En 2015, la consommation de médicaments en ville recule à nouveau (-0,5 %), en lien avec la baisse des dépenses de rétrocession (-3,1 %).

Enfin, en 2015, les transports de malades (+4,0 %) et les autres biens médicaux (+3,9 %) restent des postes très dynamiques de la CSBM, bien que leur poids soit faible (depuis 2012, +4,1 % par an pour les transports et +4,0 % par an pour les autres biens médicaux).

Le prix de la CSBM diminue pour la sixième année consécutive

Les prix des soins et des biens médicaux reculent depuis 2010 (graphique 4). En 2015, ils diminuent de 0,7 %, après trois années de baisses identiques (-0,3 %).

Le prix des soins hospitaliers diminue de 0,2 % en 2015. La hausse des prix des soins de ville est aussi quasi nulle depuis deux ans (+0,4 % en 2015, après +0,3 % en 2014). Enfin, la baisse du prix des médicaments reste importante : -4,0 % en 2015 après -3,7 % en 2014. Cette dernière est accentuée par le mode de calcul retenu (annexe 3) : il s'agit d'un indice de prix à qualité constante, qui ne tient pas compte des prix, souvent plus élevés, des nouveaux médicaments.

En 2015, le volume des soins et biens médicaux consommés croît moins vite qu'en 2014

La CSBM croît légèrement plus vite en volume qu'en valeur. En 2015, sa croissance en volume atteint +2,5 %, après +3,1 % en 2014 (graphique 3). Les volumes de ventes de médicaments ont été particulièrement dynamiques en 2014 du fait de la rétrocession hospitalière. Bien que moins dynamiques en 2015 (+3,6 % après 6,6 %), ils restent élevés et contribuent pour 26 % à la croissance en volume de la CSBM. Du fait de leur poids important, les soins hospitaliers, quoiqu'en moindre hausse (+2,1 %), contribuent pour une part plus importante (39 %) à cette augmentation.

* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

Pour en savoir plus

Annexes sur la méthodologie des Comptes de la santé.

Tableau Consommation de soins et de biens médicaux

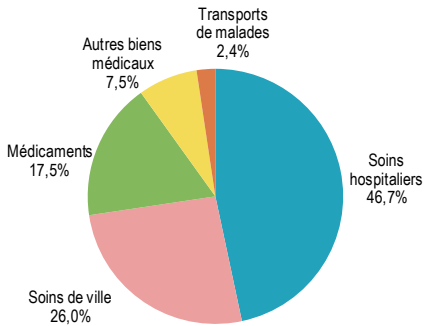
Montants en millions d'euros, évolution en %

	Montants (millions)								Évolution 2015/2014	Structure (%) 2015
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Soins hospitaliers	75 396	78 342	80 322	82 463	84 570	86 687	89 079	90 790	1,9	46,7
Secteur public	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	70 126	2,2	36,0
Secteur privé	17 457	18 131	18 621	19 169	19 619	19 908	20 444	20 664	1,1	10,6
Soins ambulatoires	89 302	91 493	93 155	96 277	98 030	99 383	102 079	103 777	1,7	53,3
- Soins de ville	41 991	43 149	43 866	45 721	47 044	48 283	49 396	50 546	2,3	26,0
Soins de médecins et de sages-femmes	18 026	18 356	18 157	18 908	19 015	19 298	19 728	20 142	2,1	10,4
Soins d'auxiliaires médicaux	9 774	10 341	10 850	11 521	12 322	13 105	13 768	14 353	4,3	7,4
Soins de dentistes	9 500	9 654	9 987	10 280	10 480	10 595	10 584	10 709	1,2	5,5
Analyses de laboratoires	4 109	4 195	4 255	4 390	4 332	4 337	4 312	4 312	0,0	2,2
Cures thermales	320	320	328	332	353	364	388	392	1,2	0,2
Autres soins et contrats	262	282	288	290	543	584	616	637	3,3	0,3
- Médicaments en ambulatoire	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 963	-0,5	17,5
- Autres biens médicaux *	10 812	11 166	11 825	12 488	13 047	13 559	14 123	14 677	3,9	7,5
- Transports de malades	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 591	4,0	2,4
Ensemble	164 699	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 567	1,8	100,0
CSBM en % du PIB	8,3	8,8	8,7	8,7	8,7	8,8	8,9	8,9		
CSBM en % de la consommation effective des ménages	11,8	12,2	12,1	12,2	12,3	12,4	12,6	12,6		
Évolution de la CSBM (en %)										
Valeur	3,3	3,1	2,1	3,0	2,2	1,9	2,7	1,8		
Prix	0,3	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,7		
Volume	3,0	2,9	2,5	3,1	2,4	2,2	3,1	2,5		

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

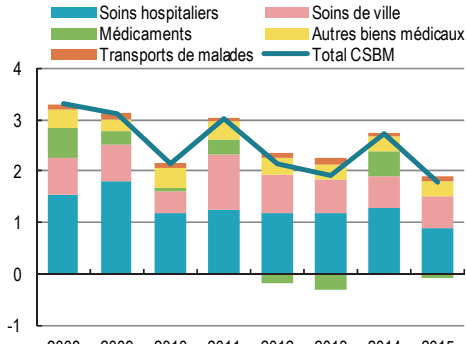
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2015



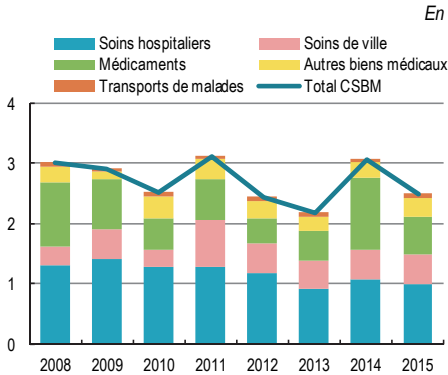
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Contributions à la croissance en valeur de la CSBM



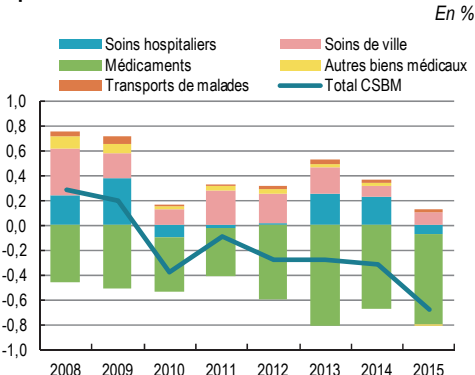
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Contributions à la croissance en volume de la CSBM



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 4 Contributions à la croissance en prix de la CSBM



Source > DREES, Comptes de la santé.

De 1950 à 2015, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a plus que triplé, passant de 2,6 % à 8,9 % du PIB (graphique 1).

Entre 1950 et 2015, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB : +10,0 % pour la CSBM, contre +7,9 % pour le PIB en valeur.

De 1950 à 1985, montée en charge du système de santé et développement de l'offre de soins

De 1950 à 1985, le financement public joue un rôle central dans le développement du système de santé. La couverture maladie se généralise et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe de 50 % à 80 %.

L'ensemble des composantes de la CSBM est très dynamique sur cette période. En particulier, les volumes consommés de médicaments progressent très fortement (+10,5 % en moyenne annuelle, graphique 2). La dépense hospitalière augmente particulièrement (un peu plus de 7 % par an en volume), à la suite d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 6,6 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.), mais aussi d'une demande mieux solvabilisée par le fort développement des assurances complémentaires, dont le taux de couverture passe de 31 % des assurés en 1960 à 69 % en 1980.

Si les prix des soins de ville et des soins hospitaliers progressent, ceux du médicament reculent*. Compte tenu des dynamiques différenciées des prix et des volumes par poste, la structure de la CSBM se déforme (graphique 3) : la part de la dépense hospitalière dans la CSBM s'accroît fortement, passant de 43 % à 53 % entre 1950 et 1985. En revanche, sur la même période, la part des médicaments recule de 25 % à 18 % et celle des soins de ville baisse légèrement, de 27 % à 26 %.

La recherche croissante d'une meilleure maîtrise du système pour garantir sa viabilité

Au milieu des années 1970, le retournement de la conjoncture se traduit par de moindres recettes pour la Sécurité sociale, alors que la meilleure prise en charge des patients, notamment ceux en affection de longue durée (ALD), et le vieillissement de la population

continuent de rendre la dépense dynamique. Les comptes de l'assurance maladie se retrouvent ainsi, dès cette époque, régulièrement en déficit.

C'est la raison pour laquelle, dès le milieu des années 1970 et plus systématiquement à partir des années 1980, les plans de redressement se succèdent (augmentations des recettes ou des cotisations, mesures de régulation de la dépense ou de déremboursement...). Ces plans engendrent une fluctuation de la part de la CSBM dans le PIB, qui alterne entre croissance et stabilisation.

Entre 1985 et 1995, ce sont les médicaments, les autres biens médicaux et les soins de ville qui tirent la croissance de la CSBM avec le développement du secteur 2 pour les médecins spécialistes, mais aussi la hausse du nombre de patients en ALD. La création d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à compter de 1997 permet d'infléchir provisoirement la tendance à la hausse de la CSBM. Mais celle-ci reprend au début des années 2000 avec un rythme annuel de 5 % à 6 % en valeur, pour tous les types de soins. Au-delà des déremboursements de médicaments, des mesures d'efficience et de régulation d'un nouveau genre sont alors prises à partir du milieu des années 2000 : mise en place progressive de la tarification à l'activité pour les soins hospitaliers à partir de 2004, instauration de participations forfaitaires et de franchises pour les soins de ville en 2005 et 2008, renforcement de la maîtrise médicalisée, instauration d'une procédure d'alerte en cas de risque de dépassement de l'ONDAM... L'ensemble de ces mesures conduit à modérer le rythme de progression de la CSBM, qui passe sous les 4 % en valeur en 2005, puis sous les 3 % depuis 2010.

Avec le ralentissement de la croissance des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé depuis 1985 et reste relativement stable depuis 2010, autour de 47 % de la CSBM en 2015. À l'inverse, les dépenses d'autres biens médicaux et de transport ont une croissance supérieure aux autres postes de la CSBM depuis les années 1980. Ils représentaient moins de 5 % de la CSBM jusqu'en 1990 et ont progressivement pris de l'importance pour atteindre près de 10 % en 2015. En revanche, la part des soins de ville et des médicaments est restée quasi stable entre 1985 et 2015.

* Effet accentué par le mode de calcul retenu (cf. annexe 5).

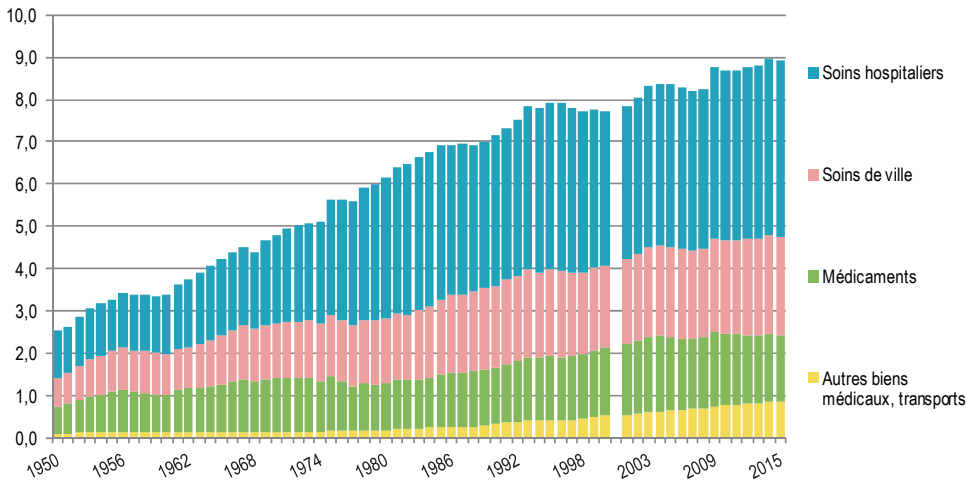
Pour en savoir plus

Mikou M., Solard J., Roussel R., 2015, « La montée en charge des risques sociaux depuis 1945 », *Vie sociale*, n° 10, février.

Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, DREES, février.

Graphique 1 Principaux postes de la CSBM en pourcentage du PIB depuis 1950

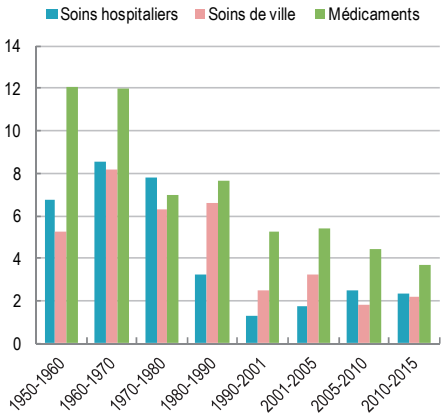
En % du PIB



Sources > DREES, Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2000, base 2010 pour la période 2001-2015) ; INSEE, comptes nationaux, base 2010 pour le PIB.

Graphique 2 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM (en volume)

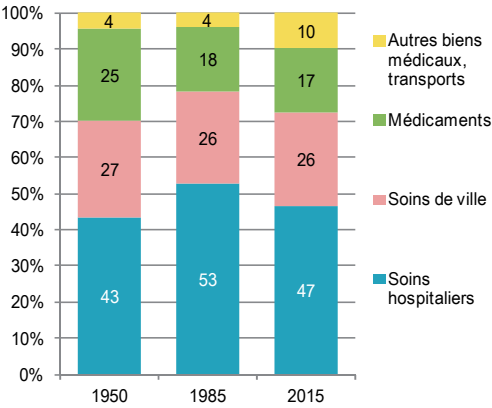
En %



Source > DREES, Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2000, base 2010 pour la période 2001-2015).

Graphique 3 Structure de la CSBM

En %



Source > DREES, Comptes de la santé (base 2005 pour la période 1950-2000, base 2010 pour la période 2001-2015).

Les soins ambulatoires

En 2015, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en centres de santé) est évaluée à 8,7 milliards d'euros (tableau), en augmentation depuis trois ans (+0,6 % après +1,5 % en 2014 et +0,5 % en 2013, graphique 1).

Les volumes évoluent par à-coups, selon notamment l'intensité des épidémies de grippe. Le net recul en 2010 (-3,2 %) est, par exemple, à rapprocher de l'absence d'épisode grippal cette année-là. En 2015, la consommation en volume stagne (+0,1 %, après +1,3 % en 2014) malgré l'effet en année pleine de l'extension aux personnes de plus de 80 ans (au lieu des 85 ans ou plus) de la majoration personnes âgées (MPA), entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2014¹.

L'évolution des prix est, quant à elle, liée à celle des tarifs des actes ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (de 22 à 23 euros au 1^{er} janvier), la croissance des prix est restée faible : +0,1 % en 2013, +0,2 % en 2014 et +0,5 % en 2015. L'avenant 8, signé le 25 octobre 2012, prévoyait des revalorisations d'actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) échelonnés sur trois ans. Celles-ci ont pris effet le 1^{er} juillet 2013, le 1^{er} mars 2014 et le 1^{er} janvier 2015. Hormis l'année 2011, la hausse des prix reste ainsi nettement inférieure à celle des années 2000 (+3,4 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2008).

Les dépassements poursuivent leur repli

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (3,2 % en 2015, graphique 2), en repli depuis de nombreuses années.

Ce repli découle de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 (pratiquant des honoraires libres, fiche 5) et, pour ceux-ci, de la baisse de la part des dépassements dans leurs honoraires. En effet, la part des dépassements dans les honoraires des généralistes de secteur 2 est en constante diminution depuis sept ans : elle est passée de 30,9 % en 2008 à 27,9 % en 2015 (graphique 2).

La masse des honoraires totaux du secteur 2 diminue moins vite (-6,3 % en moyenne annuelle entre 2008 et 2015) que celle des dépassements (-7,7 % en moyenne annuelle entre 2008 et 2015). En particulier, en 2014 et 2015, les dépassements moyens par généraliste de secteur 2 progressent de près de 2 points de moins que les honoraires moyens de l'ensemble des généralistes, y compris la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) [graphique 3]. L'accord signé en octobre 2012 entre l'assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pourrait contribuer à expliquer cette modération (voir fiche 4).

Les rémunérations forfaitaires représentent une part désormais significative des honoraires

En 2011, le montant des **honoraires moyens** par omnipraticien a progressé de 5,6 %, sous l'effet de la revalorisation de la consultation (graphique 3).

Depuis 2012, la **ROSP** complète la rémunération des médecins en fonction du degré de réalisation d'objectifs, principalement de qualité des soins et de prescription. Les omnipraticiens concernés par la ROSP ont perçu à ce titre, en moyenne, 6 402 euros pour l'année 2015. Cela représente une dépense totale pour l'assurance maladie d'environ 360 millions d'euros à destination des médecins généralistes, en augmentation de 2,4 % par rapport à 2014.

En 2015, la ROSP moyenne perçue par les généralistes croît moins rapidement (+2,4 %) que leurs honoraires moyens hors ROSP (+3,1 %). Toutefois, entre 2006 et 2015, la part des rémunérations forfaitaires (contrats, permanence des soins, ROSP et forfait médecin traitant) dans la rémunération des généralistes a doublé pour atteindre 12 % en 2015 (graphique 4). Symétriquement, la part clinique (consultations et visites) des rémunérations a diminué ces dernières années, revenant de 89 % en 2006 à 81 % en 2015. Dans le même temps, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes a légèrement progressé (+1 point, à 6 % en 2015).

¹ Par convention, l'indice IPC intègre les nouveaux forfaits (tels que la majoration personnes âgées - MPA) en « effet volume » bien qu'ils induisent une augmentation de la rémunération des consultations des professionnels, à tarif des lettres clef inchangé.

Soins de médecins de ville : dans les comptes de la santé, ils comprennent les honoraires des médecins (tarif opposable, dépassements et forfait médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissement privé (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les allègements de cotisations (retracés dans les subventions au système de soins).

Médecin généraliste : par abus de langage, le terme est employé ici pour désigner les médecins omnipraticiens, qui regroupent à la fois les médecins généralistes au sens strict et les médecins à exercice particulier (MEP).

Pour en savoir plus

Le Garrec, M.-A., « L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013 », 2014, *Comptes nationaux de la santé 2013*, DREES, septembre..

Coudin É., Samson A.-L., Pla A., « Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2 », 2014, *Comptes nationaux de la santé 2013*, DREES, septembre.

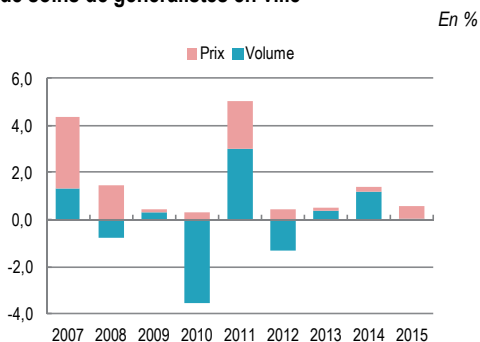
Tableau Consommation de soins de médecins généralistes en ville

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consommation totale (en millions €)		7 962	8 311	8 374	8 414	8 146	8 565	8 496	8 542	8 662	8 712
Évolution (en %)	Valeur	2,2	4,4	0,7	0,5	-3,2	5,1	-0,8	0,5	1,4	0,6
	Prix	4,3	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5
	Volume	-2,0	1,4	-0,7	0,3	-3,5	3,0	-1,3	0,4	1,2	0,1
ROSP (en millions €)								256	310	353	362

Note > La consommation de soins de médecins généralistes comprend les dépenses présentées au remboursement des régimes de base (CNAMTS, RSI, MSA...), les dépenses non présentées et les dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés...).

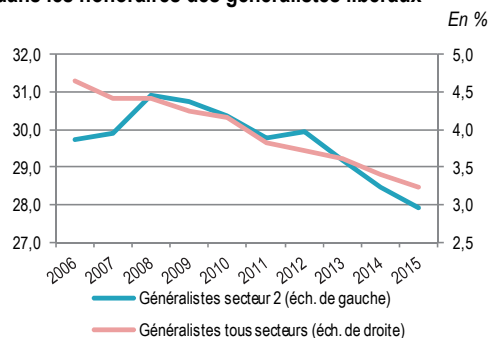
La ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM, ainsi que les contrats et autres rémunérations forfaitaires. Hors ROSP, le montant des rémunérations forfaitaires s'élève à 228 millions d'euros en 2015 (généralistes et spécialistes confondus).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins de généralistes en ville

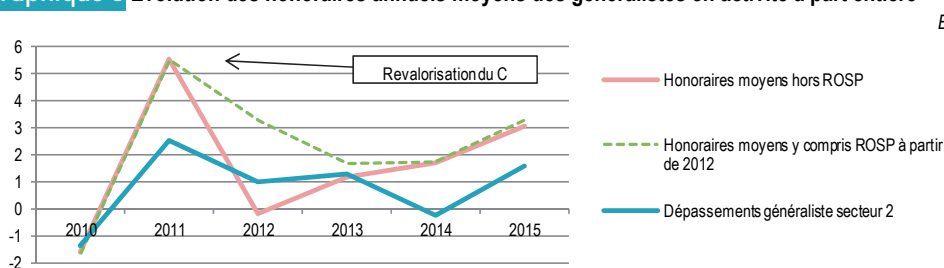
Note > L'indice de prix calculé par l'INSEE est commun aux médecins généralistes et spécialistes.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des généralistes libéraux

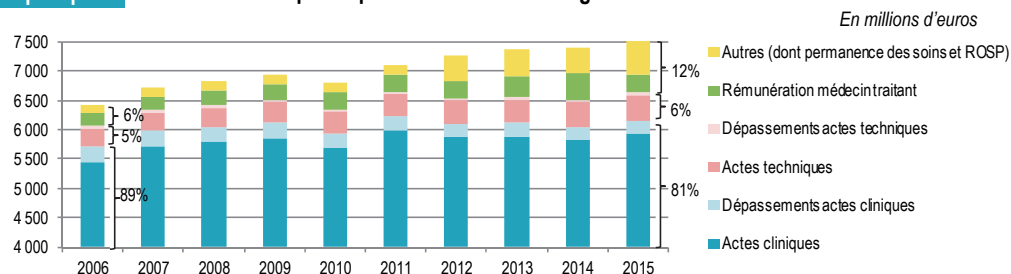
Champ > Honoraires des généralistes libéraux, honoraires perçus en établissements privés inclus, hors ROSP ; France entière.

Source > CNAMTS, SNIR, AMOS, calculs DREES.

Graphique 3 Évolution des honoraires annuels moyens des généralistes en activité à part entière

Champ > Médecins généralistes libéraux actifs à part entière, i.e. ayant exercé une activité libérale normale sur une année complète. Sont exclus les médecins de plus de 65 ans, ceux qui se sont installés en cours d'année, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ne sont pas conventionnés. France entière.

Source > CNAMTS, SNIR jusqu'en 2014, AMOS en 2015, calculs DREES.

Graphique 4 Structure de la dépense présentée* de soins de généralistes libéraux en cabinet de ville

* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires.

Source > CNAMTS, régime général, France métropolitaine, traitement DREES.

En 2015, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville (en cabinets libéraux et en centres de santé) est évaluée à 11,2 milliards d'euros (tableau), en forte augmentation (+3,1 %, après +2,7 % en 2014 et +2,0 % en 2013).

La croissance des volumes, qui avoisinait 1,0 % par an de 2006 à 2012, est nettement plus rapide depuis. En particulier, elle atteint +2,5 % en 2014 et +2,6 % en 2015. Cette accélération est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM, dont les volumes ont connu une croissance de 10 % en moyenne annuelle de 2006 à 2015.

L'évolution des prix est, quant à elle, liée à la fois à celle des tarifs et des dépassements d'honoraires. L'indice de prix INSEE étant jusqu'en 2015 commun à l'ensemble des médecins, l'augmentation des prix, mentionnée ici pour 2011, n'est pas représentative des tarifs des spécialistes, mais découle de la revalorisation de la consultation des généralistes. En 2015, les prix augmentent de 0,5 %, après +0,2 % en 2014.

Les honoraires moyens des spécialistes progressent plus vite que les dépassements en 2015

Les honoraires moyens par médecin spécialiste ont progressé de 2 % à 3 % par an de 2006 à 2014 (source SNIR, graphique 1). Ils accélèrent significativement en 2015 : leur croissance atteint +4,7 %, en raison d'évolutions de structures d'activité plus orientées vers les actes techniques, et non d'effets tarifaires.

La ROSP, complément de rémunération versé depuis 2012 en fonction du degré d'atteinte d'objectifs, a légèrement tiré à la hausse la croissance de leurs honoraires moyens lors de son introduction en 2012. Elle ne modifie toutefois pas la dynamique observée les années suivantes. Les objectifs d'organisation du cabinet (utilisation de logiciels médicaux, affichage des horaires, etc.) concernent tous les spécialistes. En revanche, seules quatre spécialités ont reçu en sus des objectifs de pratique clinique dédiés : il s'agit des spécialistes en cardiologie, en maladies vasculaires, en gastroentérologie et en hépatologie. Les spécialistes concernés par la ROSP ont perçu en moyenne 1 194 euros au titre de l'année 2015, selon la CNAMTS, soit une dépense totale d'environ 40 millions d'euros.

Depuis 2012, la progression des dépassements d'honoraires des spécialistes exerçant en secteur 2 (honoraires libres, seuls habilités à pratiquer des dépassements) tend à s'infléchir. Les dépassements par spécialiste de secteur 2 en activité à part entière (APE) augmentent de 2,6 % de 2012 à 2015, contre +4,9 % par an en moyenne de 2007 à 2011 (graphique 1). Mais, globalement, la masse des dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux de secteur 2 augmente moins

vite que leurs honoraires totaux depuis 2012. En conséquence, la part des dépassements dans leurs honoraires diminue : après avoir crû de 0,4 point par an en moyenne entre 2006 et 2011, elle a reculé de 0,3 point par an depuis lors. En 2015, elle est ainsi revenue à 34,0 % en moyenne (graphique 2).

Le nombre de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 continuant d'augmenter (fiche 5), la part des dépassements dans les honoraires des spécialistes tous secteurs confondus a néanmoins poursuivi sa progression jusque récemment (+0,4 point en moyenne de 2006 à 2014). Elle se stabilise pour la première fois en 2015 à 17,6 %, niveau qui reste toutefois bien supérieur à celui des médecins généralistes (3,2 %).

Les actes techniques représentent une part toujours plus importante des honoraires des spécialistes

Afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, un accord a été signé en octobre 2012 entre l'assurance maladie et trois syndicats de médecins. Au 1^{er} juillet 2015, près de 11 300 médecins ont signé le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS), par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie de certaines revalorisations et d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie. Il s'agit principalement de médecins spécialistes (77 % des signataires). Par ailleurs, depuis le 1^{er} avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés à 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins non signataires du CAS.

La structure des soins des médecins spécialistes libéraux est très différente de celle des généralistes. Elle s'est déformée depuis 2006 : si le montant des actes cliniques (y compris dépassements) est resté quasiment stable (+0,5 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2015), celui des actes techniques a, en revanche, progressé de 3,4 % en moyenne annuelle. Sa part dans la dépense présentée a ainsi gagné plus de 5 points, passant de 56 % en 2006 à 61 % en 2015 (graphique 3).

Au cours de cette période, la croissance des dépassements d'honoraires a concerné ces deux types d'actes (respectivement +2,2 % et +6,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2015 pour les dépassements sur actes cliniques et sur actes techniques) et a été nettement plus forte que celle des honoraires facturés au tarif opposable.

Les rémunérations forfaitaires (notamment permanence des soins et ROSP) représentent moins de 1 % de la dépense présentée, soit une part très inférieure à celle constatée pour les médecins généralistes (12 %).

Soins de médecins de ville : dans les comptes de la santé, ils excluent les honoraires des médecins perçus lors de consultations en établissement privé (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « autres soins et contrats »).

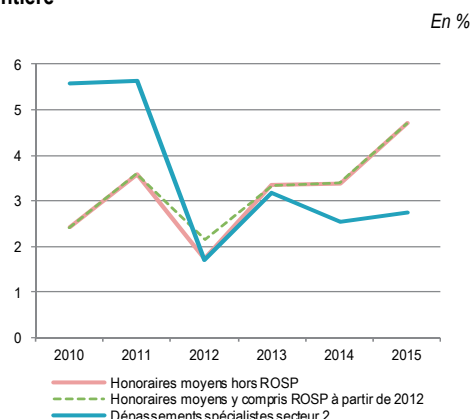
Tableau Consommation de soins de médecins spécialistes en ville

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consommation totale (en millions €)		8 960	9 309	9 516	9 794	9 851	10 171	10 331	10 537	10 822	11 160
Évolution du total (en %)	Valeur	4,5	3,9	2,2	2,9	0,6	3,3	1,6	2,0	2,7	3,1
	Prix	4,3	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5
	Volume	0,2	0,9	0,7	2,7	0,2	1,2	1,1	1,9	2,5	2,6
ROSP (en millions €)								31	35	37	38

Note > L'indice de prix, calculé par l'INSEE, est commun aux médecins spécialistes et généralistes jusqu'en 2015. La consommation de soins de spécialistes a été révisée à la suite de l'utilisation de taux moyens de remboursements finement adaptés à la nomenclature des comptes de la santé (annexe 2).

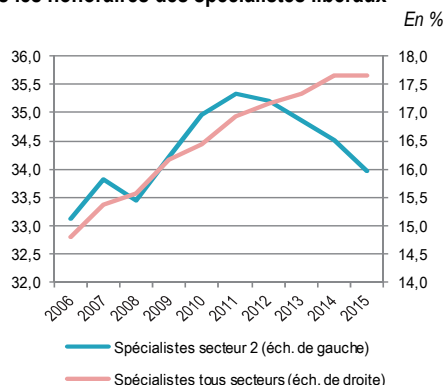
Pour les spécialistes comme pour les généralistes, la ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM, ainsi que les contrats et autres rémunérations forfaitaires. Hors ROSP, le montant des rémunérations forfaitaires s'élève à 228 millions d'euros en 2015 (généralistes et spécialistes confondus).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des honoraires annuels moyens des spécialistes libéraux en activité à part entière

Champ > Honoraires des spécialistes libéraux y compris honoraires perçus en établissements privé, y compris ROSP ; France entière.

Source > CNAMTS, SNIR, calculs DREES.

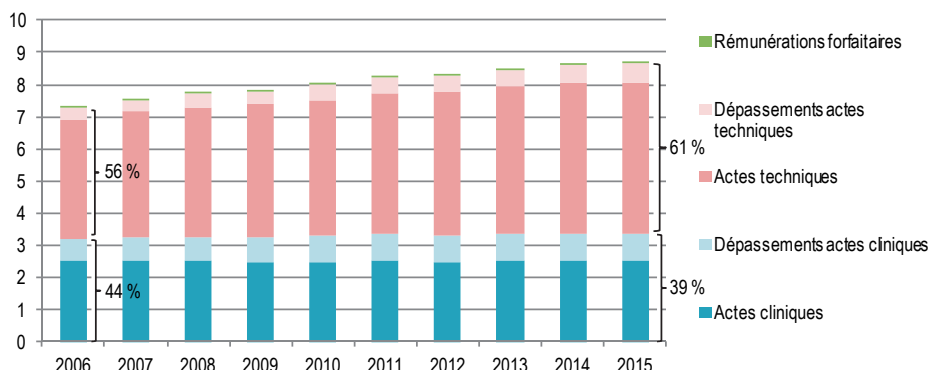
Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des spécialistes libéraux

Champ > France entière.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de la dépense présentée* de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville

En milliards d'euros



* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires. La consommation de soins de médecins spécialistes comprend les dépenses présentées au remboursement des régimes de base (CNAMTS, RSI, MSA...), les dépenses non présentées et les dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés...). En revanche, la ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM.

Source > CNAMTS, régime général, France métropolitaine, traitement DREES.

Fin 2015*, le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) recense 223 600 médecins en France (tableau). Les médecins libéraux et mixtes (ceux exerçant aussi une activité salariée) représentent 58,1 % de l'ensemble de la profession.

Les effectifs de médecins ont augmenté de 0,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2015, malgré l'arrivée à l'âge de la retraite des classes d'âges nombreuses du baby-boom, en raison de la hausse progressive du *numerus clausus* (de 3 850 en 2000 à près de 7 650 en 2015, graphique 1) et du report de l'âge de la retraite.

Les effectifs de médecins augmentent également de 0,6 % en 2015. Cette hausse résulte entièrement de celle des médecins salariés (+2,0 %). En revanche, les effectifs de médecins libéraux et mixtes, croissants jusqu'en 2013 et stables en 2014, baissent désormais de 0,3 % en 2015.

Un quart des médecins libéraux et près d'un spécialiste sur deux exercent en secteur 2

Le système national inter-régimes (SNIR), base de données différente du RPPS, dénombre un peu plus de 115 000 médecins libéraux fin 2015 en France entière, soit 0,8 % de moins qu'en 2014.

Un peu plus de la moitié d'entre eux sont des omnipraticiens : médecins généralistes et médecins à mode d'exercice particulier (MEP), acupuncteurs, homéopathes, allergologues, médecins du sport... (graphique 2). Entre 2006 et 2015, leur nombre a diminué de 0,4 % par an, tandis que le nombre de spécialistes libéraux est resté stable.

Parmi les omnipraticiens libéraux, le nombre de médecins en secteur 1 – ceux appliquant le tarif conventionnel – diminue légèrement en 2014 (-0,5 %) pour la sixième année consécutive. En secteur 2 (honoraires libres), la diminution des effectifs est plus prononcée (-6,2 %). Ce mouvement s'accroît au fil des ans à la suite du resserrement des conditions d'accès au secteur 2 pour les médecins généralistes intervenu au 1^{er} décembre 1989 et aux départs en retraite.

Parmi les spécialistes libéraux, le nombre de médecins exerçant en secteur 1 recule de 1,9 %, poursuivant la tendance à la baisse observée depuis 2006. En revanche, le nombre des spécialistes de secteur 2 continue de progresser (+1,3 % en 2015). Toutefois, depuis 2009 (+1,2 % en moyenne annuelle), cette progression s'effectue à un rythme un peu plus faible que sur la période 2003-2009 (+1,7 % en moyenne annuelle).

Au total, un médecin sur quatre peut pratiquer des honoraires libres, proportion globale relativement stable depuis 2006, même si la structure entre généralistes et spécialistes s'est modifiée au profit de ces derniers.

La part des spécialistes exerçant en secteur 2 ne cessant d'augmenter, elle atteint 44,2 % en 2015, alors que celle des généralistes baisse chaque année et s'établit à 8,5 % en 2015.

Une densité très inégale selon les régions

En 2015, la densité moyenne de praticiens atteint globalement 337 médecins pour 100 000 habitants en France (carte). Elle est maximale en région PACA et en Île-de-France, en raison notamment de densités très fortes de spécialistes dans ces deux régions, avec environ 400 médecins pour 100 000 habitants, et minimale à Mayotte (82 médecins pour 100 000 habitants). Mais ces inégalités de répartition se sont réduites depuis 25 ans à la fois pour les spécialistes et les généralistes : seules les régions Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et les DOM (hormis La Réunion) ont des densités de praticiens inférieures de 15 % à la moyenne.

Les écarts de densités régionales varient de 1 à 3,4 pour les omnipraticiens. Elles sont nettement plus marquées pour les médecins spécialistes, pour lesquels les écarts de densité entre les régions varient de 1 à 7,6.

La population des médecins vieillit et se féminise

L'âge médian des médecins est de 53,1 ans en 2015 contre 40 ans en 1990. Parallèlement, la profession continue de se féminiser : elle compte 44,2 % de femmes en 2015, contre 30 % en 1990. En 2015, les femmes représentent 29,3 % des praticiens de 60 ans ou plus et 60,7 % des praticiens de moins de 40 ans (graphique 3). Cette tendance devrait perdurer, puisque le nombre de femmes internes en médecine augmente chaque année (58,6 % en 2015, soit +0,6 point). Les femmes exercent moins souvent en libéral que les hommes : elles constituent un peu plus du tiers des médecins libéraux et plus de la moitié des médecins salariés.

Certaines spécialités sont très féminines : gynécologie médicale, endocrinologie, génétique ou médecine du travail (plus de 70 %), dermatologie ou pédiatrie (à 68 %). Inversement, plus de 82 % des chirurgiens et 75 % des cardiologues sont des hommes en 2015, même si ces spécialités se féminisent également.

*Les effectifs renseignés pour l'année 2015 correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier 2016 et inscrits au SNIR au 31 décembre 2015.

Pour en savoir plus

Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2016 téléchargeables sur Data.DREES.

Kayaoglu L., « Affectations des étudiants en médecine reçus aux Épreuves Classantes Nationales 2015 », ARS Île-de-France, janvier 2016.

Bachelet M., 2015, « 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014 », Études et Résultats, n°937, DREES.

Tableau Effectifs de médecins par mode conventionnel

	Effectifs										Évolution (%) 2015/2014	Structure (%) 2015
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Ensemble	212 711	212 874	213 821	212 044	213 442	216 762	218 296	220 474	222 150	223 571	0,6%	100,0
Médecins libéraux et mixtes	124 618	124 706	125 127	125 458	125 547	129 721	130 106	130 477	130 449	130 006	-0,3%	58,1
Médecins salariés	88 093	88 168	88 694	86 586	87 895	87 041	88 190	89 997	91 701	93 565	2,0%	41,9
dont salariés hospitaliers	64 407	65 263	65 188	62 135	63 488	59 061	62 098	63 555	65 027	66 596	2,4%	29,8

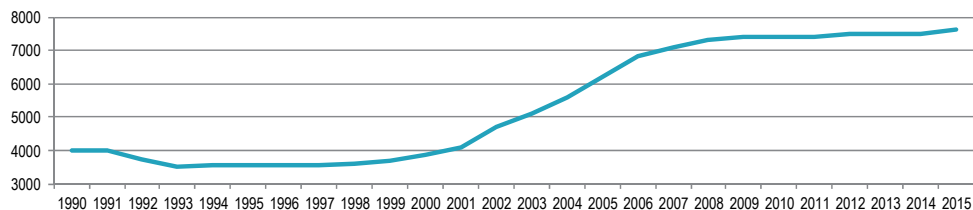
Note > Le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) en 2011 ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011.

Les effectifs renseignés pour l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier N+1.

Source > DREES, ADELI 2006-2010 et RPPS 2011-2015 (France entière).

Graphique 1 Évolution du *numerus clausus* des médecins

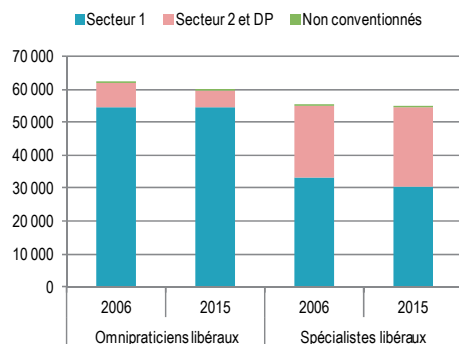
Effectifs



Source > Légifrance.

Graphique 2 Effectifs des médecins libéraux

En milliers

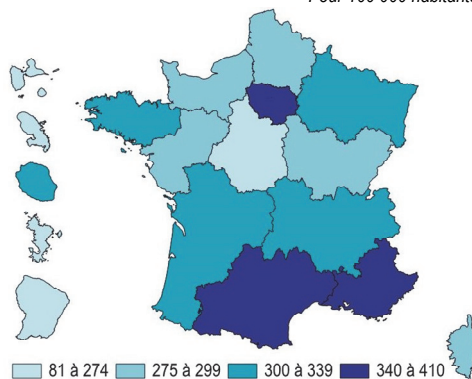


Note > DP : droit permanent à dépassement (dispositif en extinction, antérieur à la création du secteur 2).

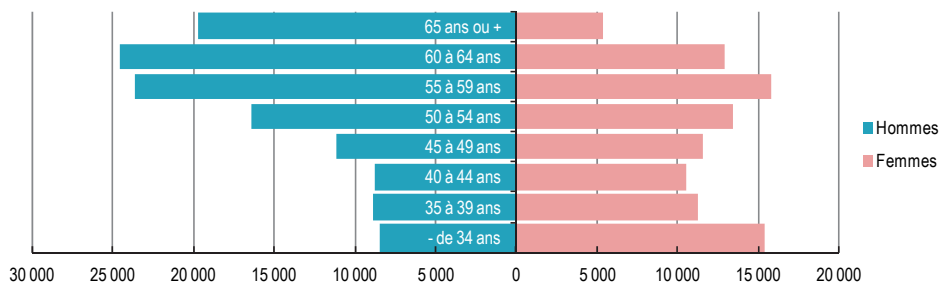
Source > CNAMTS, SNIR en 2006 et AMOS en 2015 (France entière).

Carte Densité de médecins en 2015

Pour 100 000 habitants



Sources > DREES, RPPS 2015 ; INSEE pour la population.

Graphique 3 Répartition des médecins selon l'âge et le sexe fin 2015

Source > DREES, RPPS 2015 (France entière).

La consommation de soins de sages-femmes en ville, qui exercent au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, représente un montant de 270 millions d'euros en 2015 (tableau 1).

Une consommation de soins dynamique, portée notamment par la montée en charge du PRADO

Cette consommation est particulièrement dynamique avec un rythme de croissance annuel moyen de 6,8 % entre 2006 et 2012. Ces trois dernières années, la croissance a été encore plus forte (+15,8 % en 2013 et +11,1 % en 2014 et 2015) sous l'effet de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (PRADO) qui organise la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de maternité.

Outre l'effet du PRADO, la dynamique de la dépense est soutenue par celles des effectifs (+3,4 % par an en moyenne entre 2010 et 2015) et, dans une moindre mesure, par celle des **honoraires moyens par sage-femme libérale**. Ceux-ci augmentent de 1,5 % en 2015 après +1,9 % en 2014 et +5,5 % en 2013, alors qu'ils progressaient en moyenne annuelle de 0,7 % entre 2006 et 2012 (tableau 2). Cette progression des honoraires moyens est portée par l'augmentation de la charge de travail des sages-femmes à la suite du PRADO, ainsi que par la revalorisation de septembre 2012 visible en 2013.

L'**activité** des sages-femmes libérales s'est transformée ces dernières années : les actes non infirmiers, qui comprennent notamment les forfaits de surveillance à domicile après accouchement, représentent 66,1 % de l'activité des sages-femmes en 2014, contre 46,1 % en 2006 (graphique 1). De même, la proportion des visites à domicile a été multipliée par cinq, passant de 0,7 % à 3,5 %. Symétriquement, la part des actes infirmiers et des préparations à l'accouchement s'est nettement réduite (-16 points).

La part des sages-femmes libérales passerait d'un quart à un tiers d'ici à 2030

Les **effectifs de sages-femmes** sont de 22 300 en France, dont 21 200 en Métropole et 1 100 dans les DOM (tableau 3).

Près des trois quarts des sages-femmes sont salariées, dont la grande majorité en établissement hospitalier. Les sages-femmes libérales représentent ainsi 27,5 % des effectifs de la profession en Métropole. La croissance des effectifs des sages-femmes libérales est plus rapide que celle des salariées : en France métropolitaine, entre 2010 et 2015, le nombre de sages-

femmes libérales a augmenté de 12,4 % en moyenne annuelle, contre +0,7 % pour les salariées.

Au cours des vingt dernières années, le nombre de sages-femmes a augmenté à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. Il devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, mais à un rythme moins soutenu. À cette date, une sur trois exercerait en libéral, selon les projections de la DREES sous l'hypothèse de comportements d'activité constants. Compte tenu de la baisse prévue du nombre de gynécologues-obstétriciens entre 2015 et 2020 (liée à la hausse du nombre de départs à la retraite) et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes (à la suite notamment du dispositif PRADO), l'activité des sages-femmes devrait continuer à croître.

La profession est très féminine : en 2015, plus de 97 % des effectifs sont des femmes (graphique 2). Âgées en moyenne de 40,5 ans, les sages-femmes sont un peu plus jeunes dans les établissements hospitaliers (39,7 ans) qu'en cabinet libéral (41,7 ans).

En 2015, la **densité de sages-femmes** est de 153 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (carte).

Cette densité est assez homogène en Métropole. Elle varie de 122 en Île-de-France à 177 en Auvergne-Rhône-Alpes. Ces écarts de densité sont à rapprocher du nombre relatif de naissances par femme en âge de procréer et des densités variables d'obstétriciens selon les régions.

Dans les DOM, la densité de sages-femmes est plus élevée qu'en Métropole : elle atteint 199 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans les Antilles, 213 dans l'océan Indien (La Réunion-Mayotte) et 286 en Guyane. Le taux brut de natalité est, en effet, nettement plus fort dans les DOM qu'en Métropole (17,8 naissances pour 1 000 habitants dans les DOM, contre 12,2 en Métropole en 2014).

La répartition des seules sages-femmes libérales est plus inégale : la densité régionale varie de 1 à 4, avec une moyenne de 41,4.

La consommation de soins de sages-femmes en ville retracée ici ne comprend pas l'activité des sages-femmes en établissements, comptabilisée dans la dépense hospitalière des comptes de la santé.

Pour en savoir plus

Portrait des professionnels de santé – édition 2016, 2016, coll. Panoramas de la Drees – Santé, avril.

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes en ville

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consommation (en millions €)	128	127	136	148	160	172	189	219	243	270
Évolution (en %)	7,7	-0,8	7,7	8,5	8,2	7,5	9,8	15,8	11,1	11,1

Champ > France entière.

Source > DREES, Comptes de la santé.

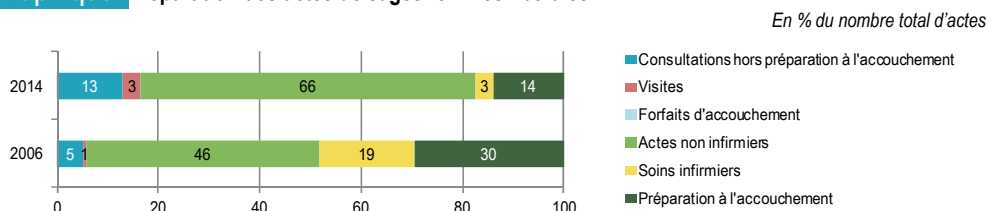
Tableau 2 Honoraires moyens des sages-femmes libérales

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Honoraires moyens par an * (en k€)	50,2	50,6	51,2	50,8	51,7	52,2	52,5	55,3	56,4	57,3
Évolution (en %)		0,7	1,2	-0,7	1,7	1,0	0,6	5,5	1,9	1,5

* Professionnels en activité à part entière (APE).

Champ > France entière.

Source > CNAMTS, SNIR jusqu'en 2014, AMOS pour 2015.

Graphique 1 Répartition des actes de sages-femmes libérales

Note > Les forfaits d'accouchement représentent moins de 1 % des actes des sages-femmes libérales en 2006 comme en 2014.

Champ > France entière.

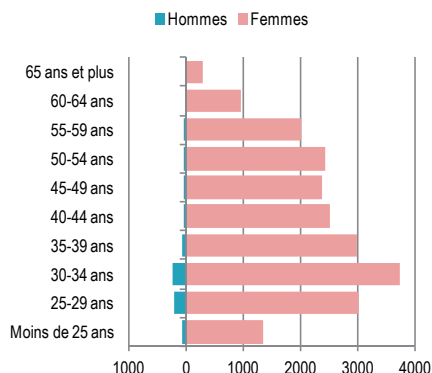
Source > CNAMTS, SNIR.

Tableau 3 Effectifs des sages-femmes

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	Évolution 2015 (%)	Structure 2015 (%)
Ensemble	15 263	16 280	17 215	18 237	19 651	18 835	20 235	21 632	22 312	3,1	100,0
Métropole	14 725	15 684	16 550	17 483	18 847	18 070	19 263	20 591	21 206	3,0	95,0
Saliés hospitaliers	11 637	12 145	12 857	13 428	14 263	13 459	13 881	14 040	14 050	0,1	63,0
Autres salariés	1 076	1 269	1 209	1 287	1 352	1 361	1 184	1 312	1 330	1,4	6,0
Libéraux	2 012	2 270	2 484	2 768	3 232	3 250	4 198	5 239	5 826	11,2	26,1
DOM	538	596	665	754	804	765	972	1 041	1 106	6,2	5,0

Note > Les effectifs renseignés pour l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier N+1.

Source > DREES, ADELI jusqu'en 2009, RPPS à partir de 2010.

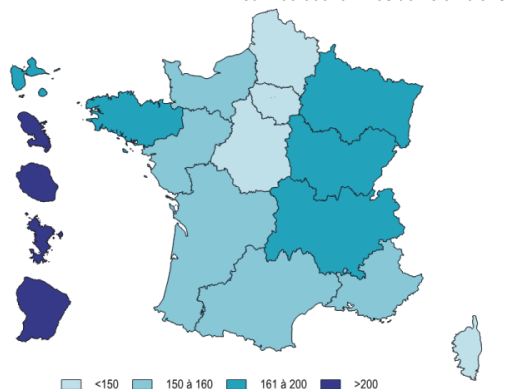
Graphique 2 Répartition des sages-femmes fin 2015

Champ > France entière, tous modes d'exercice confondus.

Source > DREES, RPPS 2016.

Carte Densité des sages-femmes fin 2015

Pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans



Champ > Sages-femmes, tous modes d'exercice confondus

Sources > DREES, RPPS 2016 ; INSEE pour la population.

La consommation de soins infirmiers en ville (infirmiers libéraux et en centres de santé) s'élève à 7,5 milliards d'euros en 2015 (tableau 1). Sur le champ du régime général et des soins remboursables par l'assurance maladie, ces soins se décomposent, en 2015, en 47 % d'actes médicaux infirmiers dits « classiques », tels que pansements ou piqûres (graphique 1). Viennent ensuite les actes infirmiers de soins tels que la toilette, l'hygiène, la garde à domicile ou la prévention (34 %), et enfin les frais de déplacement (19 %).

La consommation totale de soins infirmiers en ville progresse de 5,2 % en valeur en 2015, en ralentissement pour la troisième année consécutive. Ils demeurent cependant l'un des postes les plus dynamiques de la CSBM. Une franchise de 0,50 euro est appliquée sur chaque acte infirmier depuis le 1^{er} janvier 2008. Pour chaque patient, cette franchise est toutefois plafonnée à 2 euros par jour. Un plafond annuel des franchises existe, il est de 50 euros sur la somme des actes des auxiliaires médicaux, des médicaments et des transports sanitaires.

Des soins infirmiers de plus en plus nombreux portés par la demande et le dynamisme des effectifs de soignants

Si les prix des soins infirmiers sont stables en 2015 (graphique 2), ils ont néanmoins augmenté à plusieurs reprises depuis dix ans : les actes des infirmiers, l'indemnité forfaitaire de déplacement et la majoration du dimanche ont progressivement été revalorisés (en juillet 2007, avril 2009 et mai 2012). À la suite de cette dernière revalorisation, les prix ont augmenté de 1,1 % en 2012 et de 0,8 % en 2013.

En 2015, le dynamisme de la dépense des soins infirmiers résulte de la forte progression du volume (+5,2 %) dans la continuité des années précédentes (+5,5 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2014).

Cet effet volume est porté par une demande dynamique, tirée à la fois par le vieillissement de la population et par le développement ambulatoire qui favorise la prise en charge en ville plutôt qu'en hospitalisation complète. Le programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation (PRADO), élargi à partir de 2012 aux interventions de chirurgie orthopédique puis aux patients porteurs de pathologies chroniques et plus âgés, a ainsi permis de réduire la durée moyenne des séjours et les délais de prise en charge en ville à la sortie de l'hôpital.

Ce dynamisme du volume des soins infirmiers est également permis par un quota élevé de formation d'infirmiers (un peu plus de 30 800 pour l'année scolaire 2015-2016), la profession étant réglementée. Bien que quasiment stable depuis 2003, où il atteignait déjà 30 000, ce quota est près de deux fois plus élevé que celui observé en moyenne dans les années 1980 et 1990. Il

permet de ce fait une progression soutenue des effectifs de la profession, observée en ville comme à l'hôpital.

Fin 2014, 642 900 infirmiers exercent en France métropolitaine et 17 700 dans les DOM (tableau 2). Au total, les effectifs infirmiers ont progressé de 3,9 % par an entre 2007 et 2015.

Les infirmiers libéraux sont inégalement répartis sur le territoire

En France métropolitaine, les infirmiers salariés – dont près de huit sur dix travaillent dans le secteur hospitalier – constituent 82,3 % des effectifs de la profession. Les infirmiers libéraux en représentent seulement 17,7 %. Mais depuis 2008, la croissance de ces derniers (+6,0 % en moyenne annuelle) est plus rapide que celle des infirmiers salariés (+3,4 % par an).

La profession est très féminine : en 2015, près de neuf infirmiers sur dix sont des femmes (86,8 %). Cette part dépasse 90 % dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. La proportion de femmes parmi les infirmiers libéraux est un peu moins élevée (83,5 %, tableau 3).

Par ailleurs, la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire est très inégale : en 2015, les écarts de densité régionale varient de 1 à plus de 5 (carte). La densité moyenne est de 176,0 infirmiers pour 100 000 habitants. La densité la plus faible d'infirmiers libéraux s'observe en Île-de-France (82 pour 100 000). Dans les trois régions métropolitaines où la densité d'infirmiers libéraux est supérieure à 280 pour 100 000 habitants (Corse, PACA, Occitanie), la part de la population âgée de 60 ans ou plus est plus élevée que la moyenne (environ 28 % contre 24 %). Deux DOM ont également une densité d'infirmiers supérieurs à 280 pour 100 000 habitants : la Guadeloupe et la Martinique. Outre la structure de la population par âge, la répartition inégale des taux d'équipements en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur le territoire contribuerait aussi à expliquer ces écarts de densité régionale. En revanche, tous modes d'exercices confondus, l'Île-de-France n'est plus la région la moins dotée en infirmiers (877 pour 100 000), la densité la plus faible étant relevée à Mayotte (347 pour 100 000).

Leurs départs à la retraite pourraient favoriser une plus grande uniformisation de la répartition territoriale des infirmiers libéraux dans les prochaines années, puisque les infirmiers libéraux de 50 ans ou plus sont proportionnellement plus nombreux dans les régions où la densité d'infirmiers est plus élevée.

L'âge moyen de la profession est de 43,9 ans. Les infirmiers sont en moyenne un peu plus jeunes dans les établissements hospitaliers (43,4 ans) qu'en cabinet libéral (44,6 ans), certains s'installant en libéral après avoir exercé à l'hôpital.

Pour en savoir plus

Rapport Charges et Produits pour l'année 2016, CNAMTS, juillet 2015, Chapitre 6 « Favoriser le virage ambulatoire ».

Tableau 1 Consommation de soins infirmiers

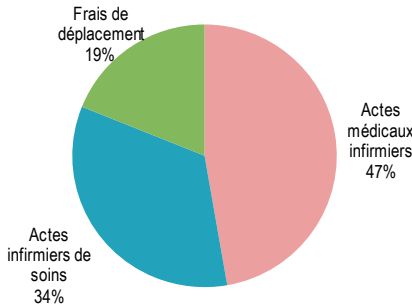
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Montants en millions d'euros, évolution en %										
Consommation	4 025	4 365	4 691	5 131	5 477	5 893	6 357	6 787	7 161	7 535
Évolution	7,7	8,5	7,5	9,4	6,7	7,6	7,9	6,8	5,5	5,2
SSIAD	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583
Évolution	11,7	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6	1,7	1,3

Note > Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) sont inclus dans les soins de longue durée aux personnes âgées (fiche 33) au sein de la dépense courante de santé. Ils sont exclus du poste « soins infirmiers » retracé dans cette fiche, car hors champ de la CSBM, mais ils sont rappelés ici pour mémoire.

Les rémunérations des infirmiers au titre de contrats signés avec l'assurance maladie représentent 2 millions d'euros en 2015. Elles sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

Source > DREES, Comptes de la santé.

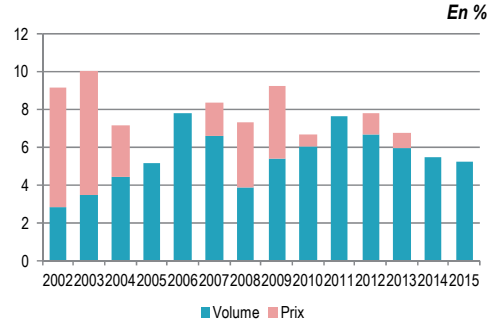
Graphique 1 Structure des dépenses remboursables de soins infirmiers en 2015



Champ > France métropolitaine, assurés du régime général.

Source > CNAMTS.

Graphique 2 Taux d'évolution des soins infirmiers



Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

	2000	2002	2004	2006	2008 *	2010	2012	2013	2014	2015	Évolution 2015 (%)	Structure 2015 (%)
Ensemble des infirmiers	404 564	431 565	461 503	493 503	507 514	547 861	595 594	616 796	638 248	660 611	3,5	100
Métropole	397 506	423 431	452 466	483 380	495 834	534 378	579 866	600 170	621 225	642 875	3,5	97
Salariés hospitaliers	289 768	309 081	332 413	352 372	351 728	371 382	395 527	405 372	414 596	424 347	2,4	64
Autres salariés	50 245	54 894	57 353	63 137	70 596	80 753	91 536	96 549	102 135	107 497	5,2	16
Libéraux	57 493	59 456	62 700	67 871	73 510	82 243	92 803	98 249	104 494	111 031	6,3	17
DOM	7 058	8 134	9 037	10 123	11 680	13 483	15 728	16 626	17 023	17 736	4,2	3

* Rupture de série : opération qualité sur le répertoire ADEL qui a conduit à diminuer les effectifs des infirmiers salariés.

Source > DREES, ADEL, professionnels de santé inscrits au répertoire au 1^{er} janvier N+1.

Tableau 3 Démographie des infirmiers par mode d'exercice fin 2015

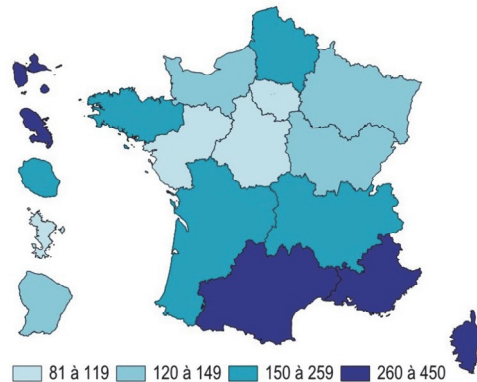
	Âge moyen	Part des femmes (en %)
Ensemble	43,9	86,8
Infirmiers libéraux	44,4	83,5
Salariés hospitaliers	43,4	86,7
Autres salariés	45,3	90,6

Champ > France entière.

Source > DREES, ADEL, professionnels de santé inscrits au répertoire au 1^{er} janvier 2016.

Carte Densité des infirmiers libéraux fin 2015

Pour 100 000 habitants



Sources > DREES, ADEL ; INSEE pour la population.

La consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes délivrés en ville constitue un poste dynamique de la CSBM. Elle s'élève à 5,6 milliards d'euros en 2015, en hausse de 3,1 % par rapport à 2014. Cette augmentation est entièrement portée par celle des volumes (+ 3,1 % par rapport à 2014), les prix étant stables en 2015 (tableau 1 et graphique 1).

Le prix des soins de masso-kinésithérapie est stable en 2015

L'indice de prix des masseurs-kinésithérapeutes est resté stable entre 2004 et 2011, malgré la signature d'une nouvelle convention en 2007. La revalorisation s'était alors traduite par une hausse du nombre de coefficients – et non des tarifs – de certains actes, ce que l'indice des prix à la consommation (IPC) ne traduit pas en augmentation de prix mais en hausse du volume (voir avertissement méthodologique fiche 12).

Au 1^{er} juillet 2012, les actes ont en revanche fait l'objet d'une revalorisation : le tarif de l'**AMC-AMK-AMS** est passé de 2,04 à 2,15 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement de 2,30 à 2,50 euros. Les prix ont donc augmenté de 3,0 % en 2012 et de 3,4 % en 2013 sous l'effet « année pleine » de cette revalorisation. En 2014 et 2015, les prix se stabilisent en l'absence de revalorisation.

Des volumes de soins de masso-kinésithérapie plus dynamiques que ceux de l'ensemble de la CSBM

Les volumes de soins de masso-kinésithérapie croissent de 5,8 % par an en moyenne entre 2001 et 2007 (graphique 1). À la suite des mesures de maîtrise médicalisée comme l'accord préalable nécessaire pour certaines séries d'actes ou les référentiels, ces volumes progressent désormais moins vite : ils augmentent de 3,2 % par an en moyenne entre 2007 et 2015.

Le dynamisme structurel des volumes de soins de masso-kinésithérapie est notamment lié à la forte croissance des effectifs et au vieillissement de la population.

Sur le champ des assurés du régime général, les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) et les actes classiques (AMK) représentent respectivement 67 % et 26 % de la dépense remboursable de soins de masso-kinésithérapie en 2015. Les frais de déplacement en

représentent 4 % et les actes effectués en établissement (AMC), 3 % (graphique 2).

Les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes croissent rapidement

Fin 2015, 86 500 masseurs-kinésithérapeutes sont recensés en France, dont 3 000 dans les DOM (tableau 2). L'effectif des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 2,8 % par an entre 2000 et 2008, passant de 55 000 à près de 69 000. Il est un peu plus dynamique depuis : +3,4 % en moyenne entre 2009 et 2015. La croissance des effectifs est tirée à la fois par l'élargissement progressif du nombre de places ouvertes aux étudiants masseurs-kinésithérapeutes (passé d'un peu plus de 1 300 en 2000 à un peu plus de 2 600 en 2015), et par l'accueil de professionnels formés à l'étranger (27 % des effectifs en 2015).

Près de 80 % des masseurs-kinésithérapeutes exercent en secteur libéral en 2015 et l'exercice en cabinet de groupe se développe, en particulier parmi les plus jeunes (tableau 3). En Métropole, le nombre de kinésithérapeutes libéraux augmente plus rapidement en 2015 que celui des salariés : +3,7 % pour les effectifs libéraux en 2015, contre +2,1 % pour les effectifs salariés. Le secteur hospitalier emploie la majorité des effectifs de salariés.

Les femmes sont désormais aussi nombreuses que les hommes, alors qu'elles représentaient 42 % des effectifs totaux en 2000. Elles exercent moins souvent en libéral (46 % de femmes) et sont plus fréquemment salariées d'établissements hospitaliers (65 % de femmes).

Les masseurs-kinésithérapeutes ont en moyenne 42,1 ans. Ceux exerçant en ville sont plus jeunes en moyenne (41,1 ans) que ceux exerçant dans les établissements hospitaliers (45,4 ans).

La densité moyenne est de 130 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Toutefois, la répartition des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est très inégale sur le territoire : en 2015, les écarts de densité régionale varient de 1 à 6 en France (carte). Les densités les plus fortes s'observent dans les régions du sud de la France (Corse, PACA, Occitanie), à La Réunion et en Martinique. En revanche, ils ne sont que 33 pour 100 000 habitants à Mayotte et leur densité est également plus faible que la moyenne en Normandie et dans le Centre-Val de Loire.

Définitions

AMC : actes de kinésithérapie en établissement.

AMK : actes de kinésithérapie classiques, pratiqués en cabinet ou au domicile du patient.

AMS : actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques.

Pour en savoir plus

« Les professionnels de santé à diplôme étranger », 2016, *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*, coll. *Panoramas de la Drees - Santé*, avril.

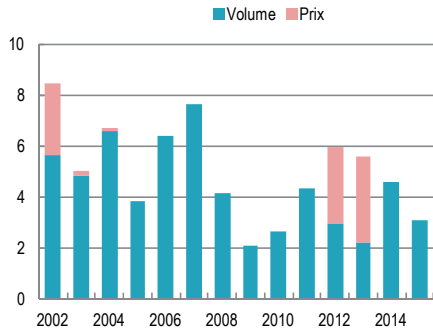
Rapport Charges et Produits pour l'année 2017, CNAMTS, juillet 2016, partie 5.2 « La régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ».

Tableau 1 Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Soins de kinésithérapie	(en millions €)	3 781	4 070	4 239	4 327	4 441	4 634	4 913	5 191	5 428	5 597
Évolution (en %)	Valeur	6,4	7,6	4,1	2,1	2,6	4,4	6,0	5,7	4,6	3,1
	Prix	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,4	0,0	0,0
	Volume	6,4	7,6	4,1	2,1	2,6	4,4	3,0	2,2	4,6	3,1

Source > DREES, Comptes de la santé.

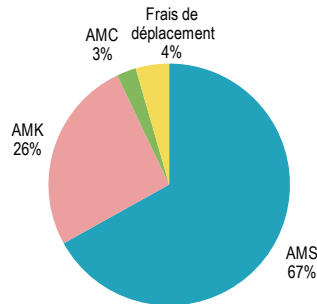
Graphique 1 Taux d'évolution des soins de masseurs-kinésithérapeutes



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Structure des dépenses remboursables de soins de masso-kinésithérapie en 2015

En %



Champ > France métropolitaine, assurés du régime général.
Source > CNAMTS.

Tableau 2 Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015	Évolution 2015 (%)	Structure 2015 (%)
Ensemble des masseurs-kinésithérapeutes	54 969	58 109	61 705	64 098	68 751	72 850	77 778	80 759	83 619	86 459	3,4	100
Métropole	53 997	56 924	60 364	62 602	66 919	70 780	75 304	78 061	80 740	83 479	3,4	97
Libéraux	42 006	44 699	47 554	49 666	52 804	55 763	59 360	61 618	63 918	66 309	3,7	77
Salariés hospitaliers	9 440	9 875	10 454	10 626	11 520	12 218	12 880	13 247	13 449	13 730	2,1	16
Autres salariés	2 551	2 350	2 356	2 310	2 595	2 799	3 064	3 196	3 373	3 440	2,0	4
DOM	972	1 185	1 341	1 496	1 832	2 070	2 474	2 698	2 879	2 980	3,5	3

Champ > Professionnels de santé inscrits au répertoire au 1^{er} janvier N+1.
Source > DREES, ADEL.

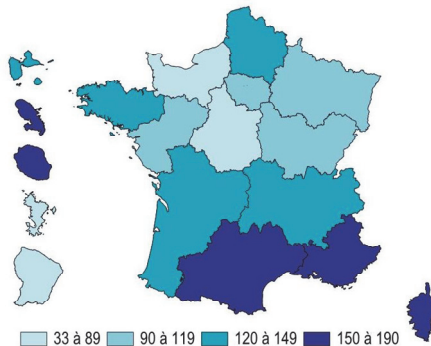
Tableau 3 Répartition des kinésithérapeutes par mode d'exercice en 2015

	Âge moyen	Part des femmes (%)
Ensemble	42,1	50,4
Kinésithérapeutes libéraux	41,1	46,0
Salariés hospitaliers	45,4	68,3
Autres salariés	47,1	65,3

Champ > France entière.
Source > DREES, ADEL.

Carte Densité des masseurs-kinésithérapeutes fin 2015

Pour 100 000 habitants



Sources > DREES, ADEL (au 1^{er} janvier 2016) ; INSEE pour la population.

La consommation de soins relevant des orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues, dénommés autres auxiliaires médicaux, s'élève à 1,2 milliard d'euros en 2015 (tableau 1). Elle augmente de 3,6 % en valeur, soit la croissance la plus faible observée depuis le début des années 2000. Entre 2001 et 2014, ces soins croissaient de 6,4 % par an en moyenne.

Les soins d'orthophonistes représentent 85 % des soins d'autres auxiliaires médicaux

La consommation de soins d'orthophonistes, qui s'élève à 1,0 milliard d'euros en 2015, progresse de 3,3 % en valeur comme en volume. Le rythme de progression des volumes d'orthophonie oscille entre 3 % et 6 % depuis 2007.

La croissance en prix est nulle, puisque les tarifs de cette profession sont inchangés par rapport à 2014 (graphique 1). En novembre 2012, le tarif des actes d'orthophonie (AMO) était passé de 2,40 à 2,50 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement à 2,50 euros; quatre autres cotations d'actes concernant cette profession avaient également été revalorisées.

Fin 2015, 23 700 orthophonistes exercent en France métropolitaine et plus de 700 dans les DOM (tableau 2). Entre 2000 et 2014, l'effectif des orthophonistes a augmenté de 3,7 % en moyenne annuelle; cette hausse demeure comparable en 2015 (4,0 %). D'une part, le nombre de places ouvertes aux étudiants orthophonistes a doublé en quinze ans, passant de 461 en 1999 à 819 en 2015. D'autre part, les orthophonistes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger sont de plus en plus nombreux (15 % des professionnels en 2015). Ce phénomène pourrait traduire une stratégie de contournement des études françaises afin de s'assurer de meilleures chances de réussite.

La grande majorité des orthophonistes exerce en secteur libéral : en Métropole, c'est le cas pour 80,7 % d'entre eux en 2015. Cette profession est quasi exclusivement féminine (96,7 %).

Fin 2015, la densité moyenne en France est de 37 orthophonistes pour 100 000 habitants. Les densités les plus fortes (entre 40 et 56) s'observent dans les régions du sud de la France (PACA et Occitanie), ainsi qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, dans les Hauts-de-France, et à La Réunion.

Les soins d'orthoptistes s'élèvent à 153 millions d'euros en 2015, soit une hausse de 4,1 % en valeur et en volume (graphique 2). Entre 2001 et 2014, ils ont progressé de 7,4 % par an en valeur. Le prix des actes des orthoptistes avait également augmenté en novembre 2012, le tarif des actes d'orthoptie (AMY) passant de 2,50 à 2,60 euros et celui des indemnités forfaitaires de déplacement étant porté à 2,50 euros; plusieurs cotations d'actes effectués par cette profession ont également été revalorisées.

Fin 2015, 4 300 orthoptistes sont recensés en France métropolitaine et 100 dans les DOM. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 4,4 % en moyenne annuelle entre 2000 et 2014 et sont légèrement plus dynamiques en 2015 (5,4 %).

La densité moyenne en France est de 7 orthoptistes pour 100 000 habitants. Les deux tiers des orthoptistes exercent à titre libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession essentiellement féminine, avec près de 90 % de femmes.

Les soins de pédicures-podologues ont doublé en cinq ans

Les soins de pédicures-podologues pris en charge par l'assurance maladie représentent une dépense de 28 millions d'euros en 2015. En rapide progression, ils ont évolué en moyenne de 18,2 % par an depuis 2001. Il s'agit essentiellement d'actes de pédicure pour diabétiques.

Les actes de pédicures-podologues comportent d'importants dépassements d'honoraires : ceux-ci représentent, en effet, 19,4 % des honoraires de base en 2015 selon le Système national inter-régimes (SNIR).

Toutefois, les soins pris en compte dans les comptes de la santé ne représentent qu'une très faible part de l'activité des pédicures-podologues. En effet, seuls les actes prescrits par un médecin sont considérés comme des soins de santé, les autres étant apparentés à des soins esthétiques.

Fin 2015, 13 200 pédicures-podologues sont recensés en France métropolitaine et 200 dans les DOM. Entre 2000 et 2014, le nombre de pédicures-podologues a progressé de 2,6 % en moyenne annuelle et de 2,7 % en 2015. La densité moyenne est de 21 pédicures-podologues pour 100 000 habitants en Métropole, contre 10 dans les DOM.

Pour en savoir plus

« Les évolutions du *numerus clausus* et des quotas pour les professionnels de santé », 2016, *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*, coll. Panoramas de la Drees – Santé, avril.

Rochut J., « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », 2014, *Études et Résultats*, DREES, n° 895, octobre.

Tableau 1 Consommation de soins des autres auxiliaires médicaux

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble (en millions €)		759	794	844	883	932	993	1 051	1 126	1 179	1 222
Orthophonistes		663	693	736	762	803	856	906	965	1 007	1 041
Orthoptistes		91	95	101	110	116	122	128	140	147	153
Pédicures-podologues		5	6	7	11	13	16	18	20	24	28
Évolution de l'ensemble (en %)	Valeur	5,5	4,6	6,3	4,6	5,6	6,6	5,8	7,1	4,7	3,6
	Prix	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,7	3,8	0,0	0,0
	Volume	5,5	4,6	4,9	4,6	5,6	6,6	5,1	3,2	4,7	3,6

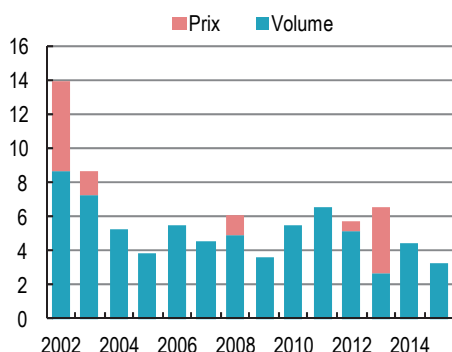
Note > L'activité des pédicures-podologues retracée ici prend en compte uniquement les soins pris en charge par la Sécurité sociale. Leurs autres activités ne font pas partie du périmètre des comptes de la santé.

Les rémunérations perçues par les orthophonistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2015. Elles sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des soins d'orthophonie

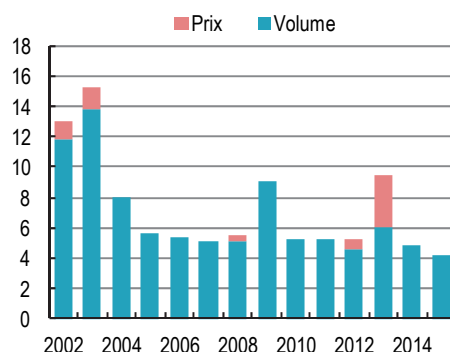
En %



Sources > DREES pour les volumes ; INSEE pour les prix.

Graphique 2 Évolution des soins d'orthoptie

En %



Sources > DREES pour les volumes ; INSEE pour les prix.

Tableau 2 Effectifs des autres auxiliaires médicaux

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	Évolution 2015 (%)	Part des femmes en 2015 (%)
Métropole											
Orthophonistes	13 914	14 836	15 909	17 135	18 506	19 963	21 283	22 827	23 726	3,9	96,7
Orthoptistes	2 236	2 405	2 588	2 808	3 081	3 396	3 736	4 086	4 302	5,3	89,4
Pédicures	9 049	9 859	10 550	11 068	11 045	11 579	12 247	13 055	13 446	3,0	66,5
dont libéraux											
Orthophonistes	11 041	11 812	12 582	13 550	14 744	16 058	17 176	18 391	19 149	4,1	96,8
Orthoptistes	1 738	1 845	1 968	2 055	2 205	2 396	2 593	2 743	2 793	1,8	89,6
Pédicures	8 863	9 668	10 362	10 850	10 832	11 371	12 029	12 817	13 201	3,0	66,7
DOM											
Orthophonistes	296	323	379	410	473	560	619	694	740	6,6	95,8
Orthoptistes	39	47	48	58	70	84	90	99	107	8,1	77,6
Pédicures	76	89	111	129	144	168	183	195	206	5,6	68,0
France entière											
Orthophonistes	14 210	15 159	16 288	17 545	18 979	20 523	21 902	23 521	24 466	4,0	96,7
Orthoptistes	2 275	2 452	2 636	2 866	3 151	3 480	3 826	4 185	4 409	5,4	89,2
Pédicures	9 125	9 948	10 661	11 197	11 189	11 747	12 430	13 250	13 652	3,0	66,5

Note > Les effectifs de l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire ADELI au 1^{er} janvier N+1.

Source > DREES, ADELI.

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 10,7 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 1,2 % en valeur par rapport à 2014 (tableau 1). Ce léger rebond fait suite à une croissance de moins en moins soutenue de 2011 à 2014. Il est porté par le dynamisme de la dépense remboursable (+3,3 %), tandis que la part non remboursable se replie légèrement (-0,4 %). Toutefois, la dynamique réelle de la consommation de soins dentaires est difficile à appréhender, les soins dentaires non remboursables étant mal mesurés (encadré).

Depuis 2009, le prix des soins dentaires progresse de 1 % environ chaque année. En 2015, il progresse également de 0,9 %. Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014 : l'examen de prévention bucco-dentaire des jeunes a été revalorisé de 25 à 30 euros en février 2013, ainsi que le tarif de la consultation, porté de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la rénovation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) dentaire sont, quant à elles, entrées en vigueur en juin 2014.

Les volumes de soins se stabilisent, les dépassements s'infléchissent

Les volumes de soins dentaires sont stables en 2015 (+0,3 %), après un recul en 2014 (-1,2 %).

Les soins remboursables des dentistes sont composés en majorité de soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) : ils représentent 41 % des actes en 2014 (graphique 1). Viennent ensuite les radiographies, qui représentent 23 % des actes, les consultations et visites (15 %), les prothèses (11 %), les extractions et autres actes de chirurgie (7 %) et, enfin, les soins d'orthodontie (3 %).

Parmi les soins remboursables, la part des dépassements dans les honoraires dentaires s'est repliée de 1,1 point entre 2013 et 2015. Elle demeure toutefois à un niveau élevé en 2015 (51,9 %, graphique 2). À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues atteint 44,9 %, contre 17,6 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les dépassements d'honoraires dentaires sont concentrés sur les prothèses et actes d'orthodontie, seuls actes dentaires remboursables sur lesquels ils sont autorisés.

La profession rajeunit et se féminise

Dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 41 800 chirurgiens-dentistes sont recensés en France (tableau 2), dont 900 dans les DOM. Ils augmentent de 0,7 % par an depuis 2011, en lien avec l'élargissement du *numerus clausus* à partir de 2008 et la hausse du nombre de nouveaux praticiens diplômés à

l'étranger. Auparavant, la démographie de cette profession était orientée à la baisse (-0,3 % par an entre 2006 et 2010). Autre conséquence de l'augmentation du *numerus clausus*, la profession rajeunit. En 2014, les dentistes sont âgés en moyenne de 48,0 ans.

L'augmentation des effectifs se fait via les dentistes salariés, en forte progression depuis 2011. En revanche, les effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux sont stables sur la même période (+0,2 % en moyenne annuelle). On dénombre ainsi 37 200 professionnels libéraux en 2015, soit 89 % de la profession. Ce ratio baisse légèrement (il était de 91 % en 2007).

Bien que cette profession reste l'une des professions de santé les moins féminisées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % en 2007 à 43,3 % en 2015. Comme pour les médecins, le nombre et la proportion de femmes dans les jeunes générations croissent rapidement : 59 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans sont des femmes (graphique 3).

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, les écarts de densité entre le nord et le sud du pays sont significatifs (carte). En 2015, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,0 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à 70 pour 100 000 en Île-de-France et dans les régions du sud (PACA, Occitanie et Corse), tandis qu'elle est inférieure à 45 pour 100 000 en Normandie et dans certains DOM.

Tarification des soins dentaires

On distingue trois modes de tarification des soins dentaires :

- les consultations et les soins préventifs et conservateurs sont facturés au tarif opposable et pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les dépassements ne sont pas autorisés sur ces types de soins ;
- les soins prothétiques et ceux d'orthodontie commencés avant le 16^e anniversaire sont facturés le plus souvent avec dépassements. L'AMO prend en charge 70 % du tarif opposable ;
- les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires totalement libres. Ces actes ne sont pas inscrits dans la CCAM et ne sont pas remboursés par l'AMO. Ils sont cependant partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires.

Les soins du dernier type, non remboursables, se développent. Ils sont cependant très mal mesurés par la statistique publique en raison de leur non-inscription dans la CCAM. En conséquence, l'estimation qui en est faite dans les comptes de la santé est fragile.

Pour en savoir plus

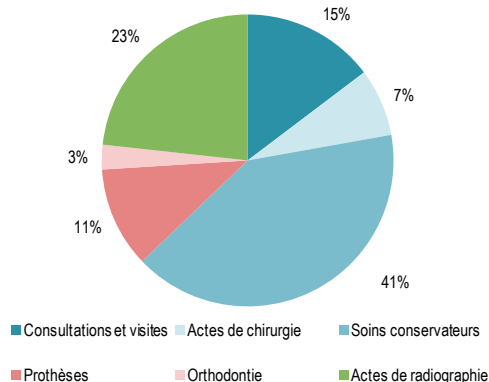
Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2016, fiche 3.3 « Les dépenses de soins dentaires ».

Tableau 1 Consommation de soins dentaires

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consommation totale (millions €)	Valeur	9 054	9 315	9 500	9 654	9 987	10 280	10 480	10 595	10 584	10 709
	Prix	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9
	Volume	1,5	1,6	0,2	0,4	2,2	1,8	1,0	0,2	-1,2	0,3

Note > Les rémunérations perçues par les chirurgiens-dentistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2015. Elles sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

Source > DREES, comptes de la santé.

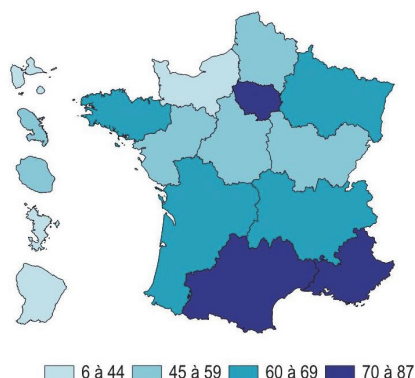
Graphique 1 Répartition des actes des chirurgiens-dentistes libéraux en 2014

Champ > Soins dentaires remboursables et actes de radiologie pratiqués par des chirurgiens-dentistes, France entière.

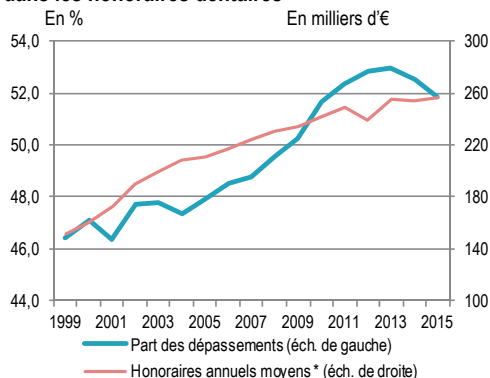
Source > CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

Carte Densité des chirurgiens-dentistes fin 2015

Pour 100 000 habitants



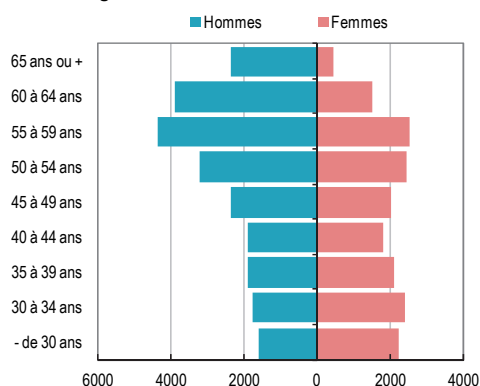
Sources > DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires dentaires

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

Champ > Soins dentaires remboursables, France entière.

Source > CNAMTS, SNIR, traitement DREES.

Graphique 3 Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes

Champ > France entière.

Source > DREES, RPPS.

Tableau 2 Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2014-2015 (%)	structure 2015 (%)
Ensemble des chir. dentistes	40 599	40 833	41 186	41 495	41 788	0,7	100,0
Dentistes libéraux	36 809	36 906	37 053	37 013	37 196	0,5	89,0
Dentistes salariés	3 790	3 927	4 133	4 482	4 592	2,5	11,0
dont salariés hospitaliers	360	403	455	635	639	0,6	1,5

Note > Les effectifs renseignés pour l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au RPPS au 1^{er} janvier N+1.

Champ > France entière.

Source > DREES, RPPS.

En 2015, la consommation de transports de malades s'élève à 4,6 milliards d'euros, soit une hausse de 4,0 % en valeur et de 2,7 % en volume par rapport à 2014 (tableau). Cette évolution, plus dynamique qu'en 2014 (+2,9 %), est cependant inférieure à la tendance de moyen terme des dépenses de transport sanitaire (+4,6 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2014).

Ces dépenses recouvrent différents types de transports de malades : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment). Les tarifs des SMUR sont établis par les établissements de rattachement, alors que les tarifs des transporteurs (ambulances et VSL) sont fixés par des conventions nationales signées avec l'assurance maladie. Cette dernière fixe également les bases de remboursement des transports en véhicule personnel et des transports en commun. Enfin, les tarifs maximaux des taxis sont fixés chaque année par arrêté préfectoral dans chaque département.

Le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des frais de transport sanitaire est très élevé : 93,1 % en 2015 (fiches 25 et 26). En effet, ces dépenses sont en très grande majorité prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, car souvent consommées par des patients en affection de longue durée (ALD), exonérés du ticket modérateur.

Une dépense toujours dynamique...

La forte croissance des dépenses de transport sanitaire est à l'origine d'actions de maîtrise médicalisée : instauration en 2004 de contrats de bonnes pratiques, puis en 2007, d'un nouveau référentiel médical permettant de déterminer le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient ; mise en place en 2008 d'une franchise médicale à la charge des patients ; accord signé en 2011 pour augmenter le nombre de transports partagés ; nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) signés depuis 2011 par les établissements de santé générant des dépenses de transport évoluant à un taux supérieur à l'objectif fixé, etc.

Le rythme de croissance des dépenses de transport a connu des à-coups ces dernières années (graphique 1). Il a ralenti en 2010 et 2011 en lien avec les effets des mesures de maîtrise des prix : revalorisation plus faible des tarifs des taxis (+1,2 % au 1^{er} février 2010 et +2,1 % au 1^{er} janvier 2011, contre +3,1 % au 1^{er} mars 2008 et au 1^{er} janvier 2009), restructuration des tarifs des ambulances et des VSL en 2008 et 2011.

En 2012 et 2013, les dépenses de transport ont progressé de plus de 5,0 % par an, portées à la fois par une reprise des volumes et des prix (revalorisation de

2,6 % des tarifs des taxis en 2013, revalorisations successives des tarifs des ambulances et des VSL en 2012 et 2013).

En 2014, les tarifs conventionnels des transporteurs n'ont pas évolué, mais les tarifs de taxis ont été revalorisés de 3,9 % au 1^{er} janvier. Globalement, les prix augmentent faiblement (+1,4 %), tandis que la croissance des volumes ralentit nettement (+1,5 %).

En 2015, la reprise d'une croissance plus soutenue de la dépense est à mettre en lien avec la reprise des volumes (+2,7 %), les prix n'augmentant que de 1,3 %, à la suite de la revalorisation tarifaire des VSL intervenue au 1^{er} janvier. Par ailleurs, en 2015, les « contrats de bonne pratique » des ambulances et VSL, abrogés par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de 2009, sont remplacés par une option conventionnelle.

Sur le champ du régime général, soit 84 % de la consommation totale de transports, l'évolution des dépenses peut être analysée par mode de transport. Sur moyenne période, les dépenses de taxis, surtout, et des ambulances tirent le plus la dépense vers le haut : +6,1 % en 2015 contre +9,1 % entre 2006 et 2014 pour les taxis ; +3,4 % en 2015 contre +4,3 % entre 2006 et 2014 pour les ambulances. Toutefois, sur la seule année 2015, la croissance des VSL augmente fortement à la suite des revalorisations (+5,3 %, contre +0,4 % entre 2006 et 2014) et dépasse celle des ambulances.

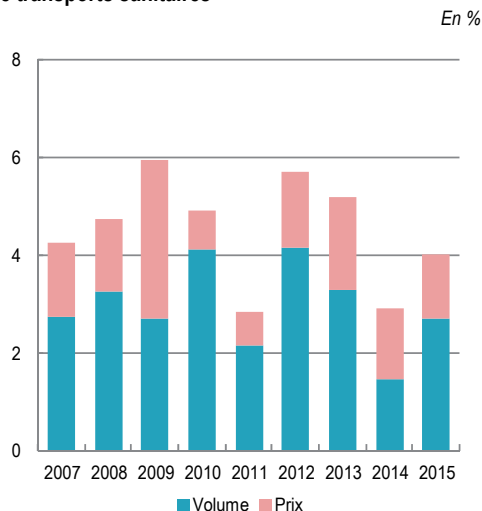
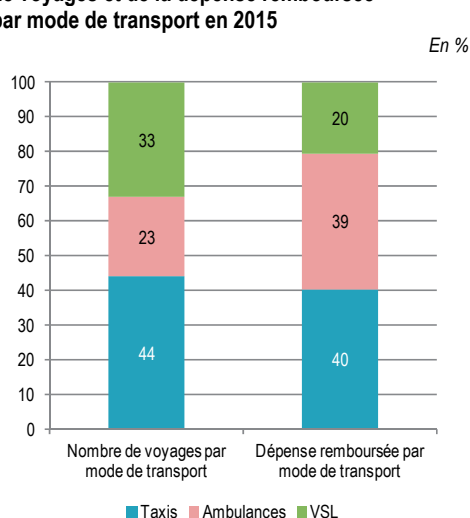
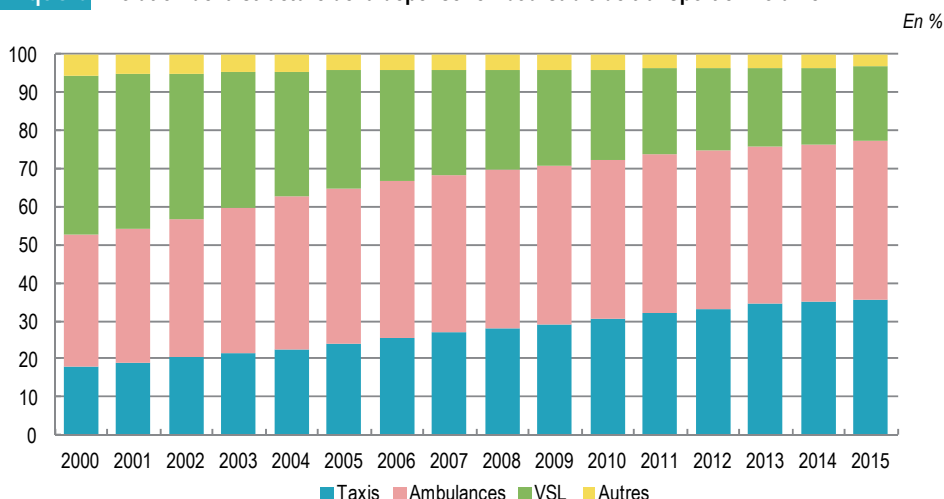
... en partie liée à la déformation de sa structure

La mise en perspective des dépenses remboursées par le régime général avec le nombre de voyages effectués permet de mettre en évidence les différences de prix entre les trois principaux types de transports (graphique 2). En 2015, l'ambulance apparaît comme le mode le plus coûteux puisqu'il représente 39 % des dépenses de transport (hors SMUR, véhicules personnels et autres) pour 23 % des trajets. À l'inverse, les VSL, qui représentent 20 % de la dépense pour 33 % des trajets, apparaissent comme le mode le plus économique, les taxis occupant une position intermédiaire.

Les évolutions de la dépense remboursable de transports constatées depuis 2000 résultent en particulier d'une déformation de la structure des modes de transports. Si la part des ambulances a fortement augmenté de 2000 à 2005 (de 35 % à 41 %), elle est stable depuis 2006. En revanche, la part de la dépense remboursable de transports effectués par des VSL, relativement moins coûteux, a diminué de 42 % à 20 % entre 2000 et 2015, au profit de celle des taxis, qui a crû de 18 % à 36 % (graphique 3).

Tableau Consommation de transports de malades

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consommation de transports (en millions €)		3 079	3 212	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 591
Évolution	Valeur	9,0	4,3	4,8	6,0	5,0	2,9	5,8	5,3	2,9	4,0
(en %)	Prix	3,3	1,5	1,5	3,2	0,8	0,7	1,5	1,9	1,4	1,3
	Volume	5,6	2,8	3,3	2,7	4,1	2,2	4,2	3,3	1,5	2,7

Champ > France entière.**Source** > DREES, Comptes de la santé.**Graphique 1** Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires**Champ** > France entière.**Source** > DREES, Comptes de la santé.**Graphique 2** Répartition du nombre de voyages et de la dépense remboursée par mode de transport en 2015**Champ** > France entière, dépenses remboursées du régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors SMUR et autres transports.**Source** > CNAMTS.**Graphique 3** Évolution de la structure de la dépense remboursable de transport en volume**Note** > Le poste « autres » comprend le SMUR, les véhicules personnels et les transports en commun.**Champ** > France métropolitaine, dépense remboursable du régime général, y compris SLM.**Source** > CNAMTS, traitement DREES.

Les dépenses d'analyses et de prélèvements en laboratoires restent stables en 2015

La croissance de la consommation d'analyses et de prélèvements s'est établie autour de 2,5 % par an en moyenne de 2006 à 2011 (graphique 1), sous l'effet de plusieurs mesures de maîtrise des dépenses :

- la baisse de la cotation de 51 actes d'analyses et l'augmentation à 4 euros du plafond journalier de la participation forfaitaire en 2007 ;
- de nouvelles baisses de cotation d'actes de biologie en 2009, 2010 et 2011, partiellement compensées, cette dernière année, par une hausse du forfait de prise en charge du patient.

En 2012, la consommation d'analyses et de prélèvements a baissé pour la première fois en quinze ans (-1,3 %), en raison de nouvelles diminutions de cotations et du mouvement de grève des laboratoires. D'autres baisses de cotations étant intervenues, cette consommation se stabilise en 2013 (0,1 %) et diminue de nouveau en 2014 (-0,6 %) en lien avec les réductions des dosages de vitamine D. En 2015, la consommation d'analyses et de prélèvements se stabilise à nouveau (0,0 %) en l'absence de nouvelle modification des cotations.

En 2015, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires s'élève donc à 4,3 milliards d'euros (tableau). Le nombre des laboratoires a tendance à diminuer du fait d'un mouvement progressif de concentration du secteur, passant de plus de 4 200 sites en 1999 à 3 963 en 2015. Toutefois, cette évolution ne s'est pas faite continuellement en raison des évolutions de l'encadrement juridique du secteur (ordonnance de 2010 et loi de mai 2013), toujours caractérisé en France par une assez grande fragmentation.

La consommation de cures moins dynamique en 2015

En 2015, les cures thermales représentent une consommation de soins de près de 400 millions d'euros (soins de médecins, d'auxiliaires médicaux, forfaits cures – l'hébergement n'étant pas considéré comme une dépense de santé). Cette consommation, en augmentation depuis 2010, connaît depuis un rythme de croissance assez variable : +1,2 % en 2015 après +6,4 % en 2014.

Entre 2006 et 2009, les effectifs de curistes étaient restés stables, à un peu moins de 500 000 curistes par an. Le nombre de curistes a repris sa croissance en 2010 et continue de progresser depuis : on compte 563 000 curistes en 2015 (graphique 2).

Entre 2008 et 2013, les tarifs des forfaits thermaux ont été régulièrement revalorisés, conformément à la convention nationale : ils ont notamment augmenté de 4,0 % en mars 2012 et de 2,0 % en mars 2013. En 2014, l'accélération de la dépense en valeur (+6,4 %) est portée surtout par la hausse des volumes (+4,5 %, après +1,4 % en 2013), les prix augmentant modérément (+1,8 %). L'avenant 10 de la convention nationale, conclue début 2014, a en effet permis de contenir la hausse des prix en instaurant des tarifs de responsabilité et des prix limites de facturation. En 2015, les prix augmentent moins vite qu'en 2014 (+1,2 %), et les volumes stagnent (+0,0 %).

En 2015, la rhumatologie représente 77,8 % de la fréquentation, très loin devant les soins des voies respiratoires (7,8 %, graphique 3). Quelle que soit l'orientation thérapeutique, les prix, la durée et le nombre de séances remboursables dans les différentes stations thermales, les cures remboursées par l'assurance maladie représentent 90 % du chiffre d'affaires cumulé de ces établissements. La durée moyenne de cure est de 18 jours.

Les 105 établissements thermaux sont inégalement répartis sur le territoire (carte). Les trois quarts des villes thermales sont concentrées dans trois régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine et Occitanie. Cette dernière région enregistre la plus forte fréquentation, avec plus de 179 100 curistes en 2015.

Indice de prix

Le prix d'un acte est défini à l'aide de deux éléments : la lettre clef, à laquelle correspond un certain montant en euro ou tarif (par exemple, B, PB pour les laboratoires ou AMK pour les kinésithérapeutes), et la cotation de cet acte. Chaque acte correspond à un certain nombre de lettres clefs. Par exemple, une séance de kinésithérapie respiratoire pour une bronchiolite du nourrisson vaut 8 AMK, soit $8 \times 2,15$ euros. L'indice de prix à la consommation de l'Insee (IPC) des analyses de laboratoires ne reflète pas les baisses de cotation des actes, mais seulement l'évolution du tarif des lettres B, PB (utilisées pour les prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire), TB (utilisée pour les techniciens de laboratoire), etc. Ce tarif n'ayant pas été revalorisé depuis 2004, l'évolution des prix selon l'IPC est nulle depuis cette date. Quant aux baisses de cotation des actes, elles sont enregistrées dans les volumes et non dans l'évolution des prix.

Pour en savoir plus

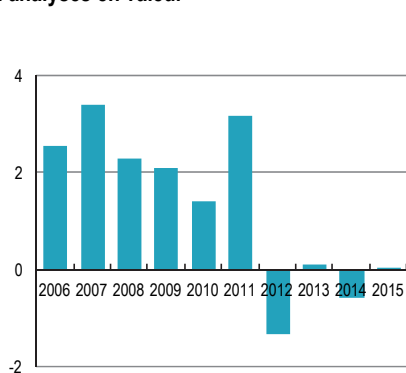
Conseil national des exploitants thermaux (CNETH) : www.cneth.org

Tableau Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

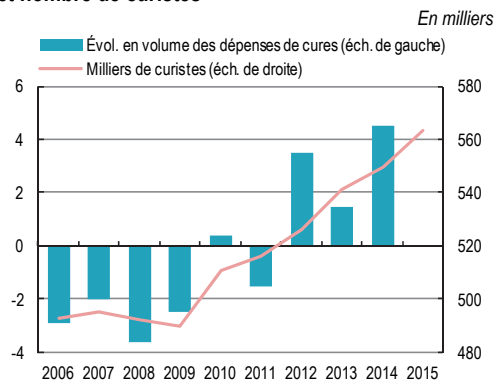
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Analyses de laboratoires (en millions €)		3 885	4 016	4 109	4 195	4 255	4 390	4 332	4 337	4 312	4 312
Évolution (en %)	Valeur	2,6	3,4	2,3	2,1	1,4	3,2	-1,3	0,1	-0,6	0,0
	Prix	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Volume	2,6	3,4	2,3	2,1	1,4	3,2	-1,3	0,1	-0,6	0,0
Nombre de laboratoires		3 991	3 963	3 955	3 961	3 959	3 970	4 017	4 079	3 997	3 963
Évolution (en %)		-0,2	-0,7	-0,2	0,2	-0,1	0,3	1,2	1,5	-2,0	-0,9
Cures thermales (en millions €)		309	322	320	320	328	332	353	364	388	392
Évolution (en %)	Valeur	-0,3	4,3	-0,6	0,1	2,5	1,1	6,3	3,2	6,4	1,2
	Prix	2,7	6,4	3,2	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8	1,8	1,2
	Volume	-2,9	-2,0	-3,6	-2,5	0,4	-1,5	3,5	1,4	4,5	0,0

Note > Les rémunérations des laboratoires au titre des contrats de santé publique représentaient entre 2 et 4 millions d'euros de 2008 à 2013. Leur montant est inférieur à 1 million d'euros depuis lors. Ces rémunérations sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

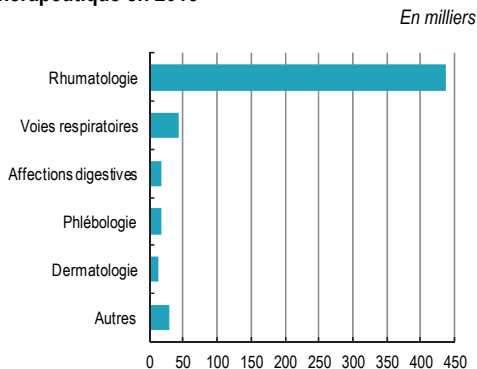
Sources > DREES, Comptes de la santé ; SNIR jusqu'en 2014 et AMOS en 2015, pour le nombre de laboratoires (France entière).

Graphique 1 Évolution des dépenses d'analyses en valeur

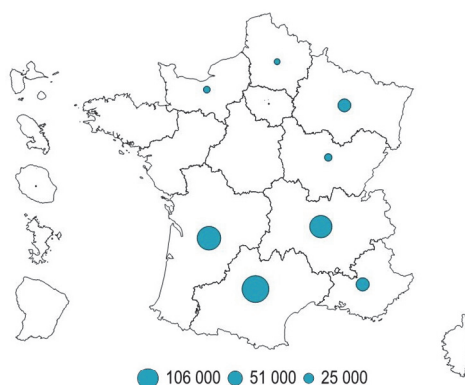
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Volume des dépenses de cures et nombre de curistes

Sources > DREES, Comptes de la santé ; CNETH pour le nombre de curistes.

Graphique 3 Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2015

Source > CNETH.

Carte Nombre de curistes par région en 2015

Source > CNETH.

Les biens médicaux

En 2015, la consommation de médicaments en ville, qui s'élève à 34,0 milliards d'euros (tableau 1), diminue de 0,5 %. Ce recul fait suite à la forte hausse de 2014 (+2,7 %), portée par le dynamisme des médicaments rétrocedés (vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés).

Cette consommation est valorisée au prix public, contrairement aux données relatives au marché du médicament qui correspondent au chiffre d'affaires hors taxes (fiches 14 et 15).

Les baisses de prix compensent la croissance du volume

La baisse de 0,5 % en 2015 de la consommation de médicaments résulte d'une nouvelle diminution des prix (-4,0 %) et d'une hausse modérée des volumes (+3,6 %, graphique 1).

Auparavant très dynamique, la progression des volumes de vente était revenue à environ 3 % par an entre 2010 et 2013, à la suite des modifications de comportements de prescription, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, d'actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), de déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc.

En 2014, la forte hausse des volumes (+6,6 %) était principalement due au dynamisme des produits rétrocedés, en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2014, ces traitements ont généré plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses, portant le montant total de la rétrocession à 2,9 milliards d'euros avant remises, contre 1,6 milliard en 2013. Hors rétrocession, la croissance des volumes restait proche de la tendance récente (+2,5 %).

En 2015, la rétrocession diminue de 3,1 % et son montant s'élève à 2,8 milliards d'euros. Les volumes hors rétrocession progressent en revanche de 3,8 %, portés notamment par le dynamisme des médicaments non remboursables (+6,3 % en volume après deux années de recul). Leur croissance est en partie liée aux déremboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars 2015 (en particulier les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente). Les autres médicaments non remboursables sont également dynamiques.

Calculé à qualité constante par l'INSEE, le prix des médicaments diminue de 4,0 % en 2015, à la suite de la baisse du prix des spécialités remboursables (-4,5 %, graphique 2), malgré l'introduction des honoraires de dispensation. Le prix des médicaments remboursables recule depuis de nombreuses années, et ce, de façon plus marquée depuis 2012. En revanche, le prix des

spécialités non remboursables continue de progresser (+0,6 % en 2015 et +2,3 % par an depuis 2008).

La diminution du prix des spécialités remboursables n'est certes pas parfaitement appréhendée du fait du mode de calcul de l'indice (à qualité constante, cf. encadré), mais des actions de maîtrise des prix ont été entreprises : fortes baisses de prix, grands conditionnements... Ce mouvement est renforcé par un « effet générique » : les prix baissent en raison de l'augmentation du nombre de spécialités génériques et, pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps (fiche 15). En particulier, en 2012 et 2013, plusieurs spécialités très consommées ont été génériques. L'impact de la générication est toutefois moins marqué depuis 2014 du fait de tombées de brevets moindres et d'un taux de pénétration des génériques stable.

La délivrance de médicaments génériques donne lieu par ailleurs à rémunération des pharmaciens sur objectifs de santé publique (ROSP), de l'ordre de 130 millions d'euros en 2015.

Les honoraires de dispensation redistribuent la marge des officines

Ce nouveau mode de rémunération des pharmaciens, introduit le 1^{er} janvier 2015, consiste en un forfait de 0,82 euro par boîte de médicaments délivrée, et de 0,51 euro supplémentaire en cas d'ordonnance « complexe » (voir encadré page suivante). En 2015, plus de 2,1 milliards d'honoraires de dispensation (HDD) ont ainsi été versés à ce titre aux pharmaciens. La substitution d'une partie de la marge, proportionnelle, par un HDD fixe reporte partiellement la marge des médicaments les plus coûteux vers les médicaments les moins chers. Cette redistribution est quasi neutre sur la dépense totale et sur la répartition de son financement.

Les laboratoires pharmaceutiques versent aux caisses de Sécurité sociale des remises, pour un montant de l'ordre de 200 à 400 millions d'euros par an de 2006 à 2013. Ces dernières années, les traitements innovants contre le VHC ont donné lieu à des remises supplémentaires, portant le montant des remises totales à 1,1 milliard d'euros en 2014 et à plus de 900 millions d'euros en 2015 (graphique 3). Si l'on intégrait à l'agrégat de consommation de médicaments la part des remises portant sur les soins de ville, sa progression apparaîtrait un peu plus faible en 2014 et légèrement plus rapide en 2015. Les montants des remises, qui viennent réduire la dépense courante de santé, sont en fait retracés à part dans les subventions au système de soins (fiche 31).

Tableau 1 Consommation de médicaments en ville, y compris rétrocession hospitalière

Montants en millions d'euros

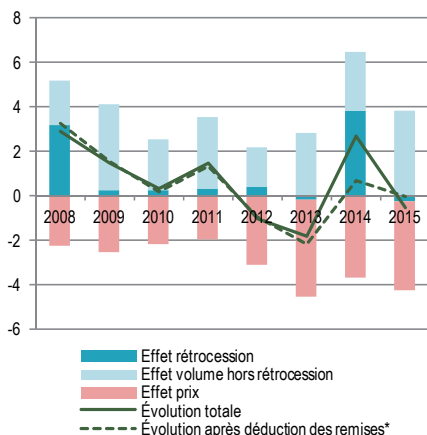
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	structure 2015 (%)
Ensemble	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 963	100,0
Médicaments remboursables	29 669	30 019	30 146	30 570	29 893	29 290	30 190	29 771	87,7
dont médicaments rétrocédés	1 218	1 309	1 399	1 516	1 663	1 600	2 883	2 792 *	8,2
dont honoraires de dispensation (HDD)								2 135	6,3
Médicaments non remboursables	3 425	3 553	3 534	3 608	3 848	3 739	3 730	3 995	11,8
Rémunérations forfaitaires hors HDD	41	39	40	40	123	225	227	197	0,6
Évolution (en %)									
Valeur	2,9	1,4	0,3	1,5	-1,0	-1,8	2,7	-0,5	
Prix	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,1	-4,4	-3,7	-4,0	
Volume	5,3	4,1	2,6	3,5	2,2	2,7	6,6	3,6	

* Estimation.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de médicaments

En %

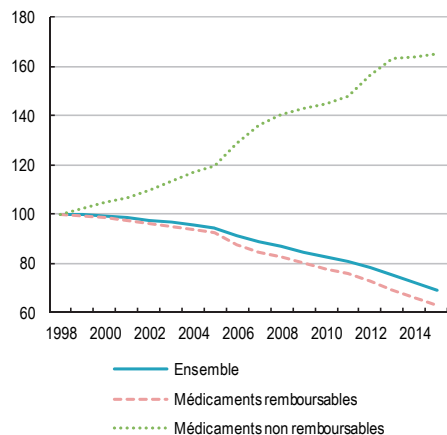


* Par convention, sur ce graphique, l'ensemble des remises est déduit de la consommation de médicaments en ville. Une part d'entre elles cependant devrait l'être de la dépense hospitalière.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution des indices de prix des médicaments

Base 100 en 2008

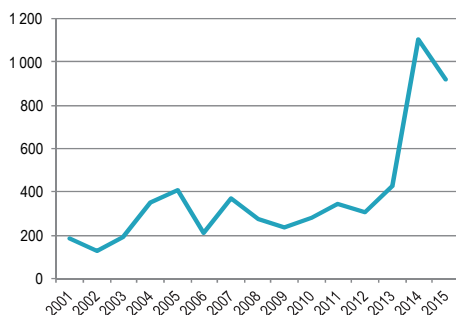


Note > L'indice des prix à la consommation (IPC) est calculé chaque année par l'INSEE à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est de ce fait pas retracée dans cette évolution.

Source > INSEE, IPC.

Graphique 3 Montant des remises

En millions d'euros

**Champ >** Remises sur médicaments et dispositifs médicaux.

Note > Les remises sur dispositifs médicaux sont de qualité fragile, elles ne sont donc pas isolées ici.

Sources > CEPS 2011-2014 ; montant 2015 estimé (DSS).

Les indices de prix des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont calculés par l'INSEE. Les prix retenus sont les prix de vente en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'évolution négative des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux.

La rémunération des pharmaciens dans la délivrance de médicaments remboursables

La marge de distribution des officines est la source de rémunération des pharmaciens. Le taux de marge est fixé librement sur les médicaments non remboursables, mais il est réglementé sur les médicaments remboursables. Pour ces derniers, la marge se compose d'une part forfaitaire (montant fixe par boîte) et d'une part dégressive (variable selon le prix du médicament). La réforme de la rémunération des pharmaciens, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015, a modifié ces deux éléments. Elle concerne uniquement les spécialités remboursables.

– Au 1^{er} janvier 2015, la part fixe de 0,54 euro TTC par boîte a été remplacée par un honoraire de dispensation (HDD) de 0,82 euro TTC par boîte. Un honoraire pour ordonnance complexe de 0,51 euro a également été introduit : il est facturé en sus en cas d'ordonnance listant au moins cinq spécialités remboursables. Au 1^{er} janvier 2016, l'honoraire de dispensation a été revalorisé à 1,02 euro par boîte.

– À l'inverse, les taux de marge dégressifs ont été revus à la baisse. Notamment, le taux de marge au-delà de 1 500 euros est désormais nul (tableau 2), ce qui est équivalent à un plafonnement de la marge.

La réforme de la rémunération des pharmaciens redistribue ainsi une partie de la marge depuis les médicaments les plus chers vers les médicaments les moins onéreux. Par exemple, pour un médicament dont le prix fabricant hors taxes (PFHT) est fixé à 0,90 euro, la rémunération du pharmacien a augmenté de plus de 30 % entre fin 2014 et début 2016, passant de 0,76 à 1,00 euro (tableau 3 et graphique 4). En conséquence, le prix public TTC (PPTTC) a augmenté de 12,1 %. En revanche, la rémunération des pharmaciens sur les médicaments dont le PFHT est fixé à 3 000 euros a diminué de près de 50 %, passant de 190,21 à 98,15 euros, et le PPTTC a baissé de 2,9 %.

Les honoraires de dispensation par boîte et la marge dégressive sont pris en charge par l'assurance maladie et les organismes complémentaires au même taux que les médicaments auxquels ils se rapportent. En revanche, les honoraires pour ordonnance complexe sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Sur le premier exemple, si l'on suppose que le taux de remboursement du médicament est de 15 %, l'assurance maladie prendra en charge 15 % de 2,25 euros soit 0,34 euro (au lieu de 0,30 euro fin 2014, soit +12,1 %), le solde sera à la charge des organismes complémentaires et des ménages, soit 1,91 euro (au lieu de 1,70 euro, soit +12,1 %). Sur le second exemple, les médicaments sont souvent pris à charge à 100 % compte tenu de leur coût, l'assurance maladie prendra donc en charge 3 193,90 euros au lieu de 3 287,90 euros, soit une baisse de 2,9 %.

Au total, cette réforme a un impact très faible sur la dépense totale et sur la répartition de son financement.

Tableau 2 Paramètres déterminant la rémunération des pharmaciens avant et après la réforme

	Avant réforme	Au 1er janvier 2015	Au 1er janvier 2016
Marge fixe ou HDD (en €)			
HT	0,53	0,80	1,00
TTC	0,54	0,82	1,02
Taux de marge dégressif (en %)			
Tranche de PFHT*	0-0,82 €	26,1	0
	0,83-1,91 €	26,1	25,5
	1,92-22,90 €	26,1	25,5
	22,91-150 €	10,0	8,5
	150,01-1500 €	6,0	6,0
	>1500 €	6,0	0

* Prix fabricants hors taxes.
Note > Depuis le 1^{er} janvier 2015, un honoraire pour ordonnance complexe s'ajoute à l'honoraire de dispensation en cas d'ordonnance listant au moins cinq spécialités remboursables.
Lecture > Pour un médicament dont le prix fabricant hors taxes est fixé à 20 euros, la rémunération du pharmacien est calculée comme suit depuis le 1^{er} janvier 2016 :
- 1,00 euro HT d'honoraire de dispensation ;
- $0,82 \times 0\% + (1,91 - 0,83) \times 0\% + (22,9 - 1,92) \times 25,5\% = 4,61$ € HT ;
soit un total de 5,61 euros HT.
Source > Légifrance.

Tableau 3 Exemples de calcul de la rémunération du pharmacien avant et après la réforme
PFHT de 0,90 €

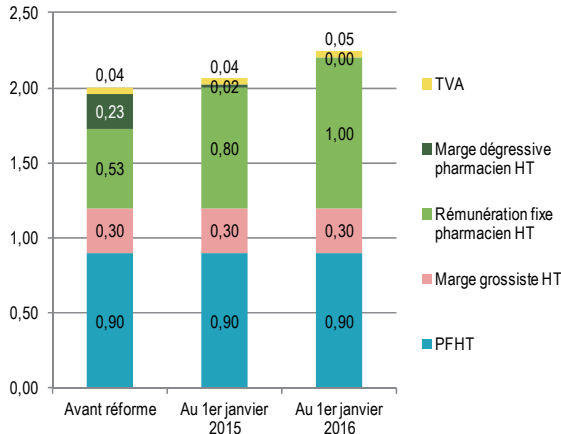
	Avant réforme	Au 1er janvier 2015	Au 1er janvier 2016	Évolution déc. 2014-jan. 2016 (%)
Rémunération totale du pharmacien	0,76	0,82	1,00	31,2
PPTTC*	2,00	2,06	2,25	12,1

PFHT de 3 000 €

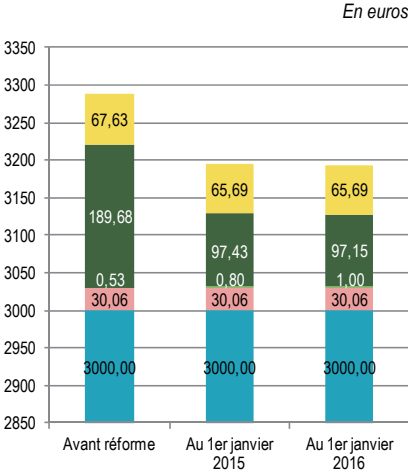
	Avant réforme	Au 1er janvier 2015	Au 1er janvier 2016	Évolution déc. 2014-jan. 2016 (%)
Rémunération totale du pharmacien	190	98	98	-48,4
PPTTC*	3 288	3 194	3 194	-2,9

* Prix public toutes taxes comprises.
Source > Légifrance ; calculs DREES.

Graphique 4 Exemples de décomposition du prix public TTC d'un médicament avant et après réforme
PFHT de 0,90 €



PFHT de 3 000 €



Source > Légifrance, calculs DREES.

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Il est donc valorisé aux prix fabricants hors taxes. En France, il atteint 53,2 milliards d'euros en 2015 (graphique 1). Au sein de ce marché, les importations représentent 17,7 milliards d'euros en 2015, soit le tiers du total.

Les exportations représentent un peu moins de la moitié du marché français (25,4 milliards). Le reste, les ventes dans toute la France, s'élèvent à 27,8 milliards d'euros, dont les trois quarts sont destinées aux officines, et un quart aux établissements de santé (graphique 2).

En 2015, le marché des officines représente 20,7 milliards d'euros. Il est constitué à 90 % en valeur de médicaments remboursables et à 10 % de médicaments non remboursables (respectivement 18,6 et 2,1 milliards d'euros). Ces montants sont valorisés aux prix fabricants hors taxes, plus bas que le prix public.

La consommation totale de médicaments atteint 38,3 milliards d'euros, à près de 90 % en ville

À la différence du marché pharmaceutique, la consommation de médicaments est valorisée au prix public dans les comptes de la santé. Ce prix inclut en sus la TVA, les marges des grossistes répartiteurs et des distributeurs pour les produits délivrés en officine, ainsi que les honoraires de dispensation (HDD). La consommation de médicaments dans les comptes de la santé retrace également les autres rémunérations forfaitaires des pharmaciens, notamment la ROSP et les permanences pharmaceutiques, qui représentent environ 200 millions d'euros en 2015.

La consommation de médicaments s'élève en 2015 à 38,3 milliards d'euros TTC, dont 34,0 milliards en ville et environ 4,3 milliards à l'hôpital.

Les médicaments rétrocedés, c'est-à-dire ceux délivrés par les pharmacies hospitalières pour des patients non hospitalisés, sont comptabilisés avec la consommation en ville. Après avoir progressé de 80 % en 2014 à la suite de l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, disponibles exclusivement en rétrocession, leur montant diminue de 3,1 % en 2015 pour s'établir à 2,8 milliards d'euros. Ils représentent 8 % de la consommation de médicaments en ville. Les médicaments remboursables en représentent 79 %, et les médicaments non remboursables, 12 %.

L'assurance maladie prend en charge les deux tiers de la dépense en ville

Si les médicaments rétrocedés sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, les médicaments délivrés en officine ne donnent pas nécessairement lieu à un remboursement de l'assurance maladie.

Les médicaments non remboursables restent en effet intégralement à la charge des ménages et des organismes complémentaires, de même que les médicaments remboursables acquis sans prescription d'un professionnel de santé. Enfin, les médicaments non présentés au remboursement ne peuvent pas, par définition, être remboursés. L'ensemble de ces dépenses s'élève à 4,8 milliards d'euros en 2015 (graphique 3) et ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

À cela s'ajoute le ticket modérateur sur les produits remboursables achetés sur ordonnance. Le taux de remboursement de l'assurance maladie varie en effet entre 15 % et 100 % selon les spécialités. De plus, les achats de médicaments donnent lieu depuis 2008 à une franchise à la charge du patient qui ne peut être remboursée par les organismes complémentaires. La franchise s'élève à 0,5 euro par boîte de médicaments, mais il existe un plafond annuel de 50 euros par patient pour cette franchise, qui est commun aux médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires. Le ticket modérateur et les franchises représentent en tout 5,7 milliards d'euros en 2015, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Néanmoins, sur le ticket modérateur et les franchises, 390 millions d'euros de dépenses sont pris en charge par la CMU-C.

Les ménages et les organismes complémentaires ont donc à charge 10,1 milliards d'euros sur la consommation des médicaments en ville.

Enfin, l'État prend en charge 100 millions d'euros de dépenses de médicaments, notamment au titre de l'aide médicale de l'État.

Le montant des dépenses de médicaments remboursés par l'assurance maladie en soins de ville s'élève au total à 23,2 milliards d'euros en 2015, dont 20,4 milliards pour les médicaments délivrés en officine et 2,8 milliards pour les médicaments rétrocedés. Les rémunérations forfaitaires (hors HDD) sont également intégralement financées par l'assurance maladie à hauteur de 200 millions d'euros en 2015.

Pour en savoir plus

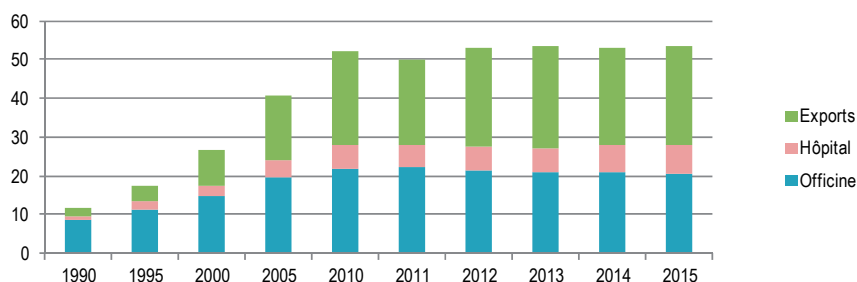
Bilan économique des entreprises du médicament, LEEM, 2016.

Fiche 13 « La consommation de médicaments en ville » dans cet ouvrage.

Fiche 15 « La structure des ventes de médicaments en officine » dans cet ouvrage.

Graphique 1 Le marché du médicament, remboursable ou non, en France

En milliards d'euros

**Champ** > France entière, y compris homéopathie (0,2 milliard d'euros), marché valorisé aux prix fabricants hors taxes (PFHT).**Source** > LEEM-GERS.**Graphique 2** Du marché pharmaceutique à la consommation totale de médicaments en France en 2015

En milliards d'euros

Marché pharmaceutique (chiffre d'affaires HT, prix fabricant)	53,2	Exports 25,4	Ventes en France 27,8				Rémunérations forfaitaires (ville) :
			Officine : 20,7			Hôpital: 7,1	
			Médicaments remboursables*	Médicaments non remboursables			
dont imports	17,7		18,6	2,1			
Consommation totale (ville : prix public yc HDD)	38,3		Ville : 33,8			Hôpital **: 4,3	
			Médicaments remboursables	Médicaments non remboursables	Médicaments rétrocédés		
			27,0	4,0	2,8		
Prise en charge par la Sécurité sociale	27,7		Ville : 23,2			Hôpital: 4,3	Rémunérations forfaitaires (ville) :
			Médicaments remboursés		Médicaments rétrocédés		
			20,4		2,8		

* Y compris homéopathie (0,2 milliard d'euros).

** Approximée à partir du chiffre d'affaires du marché et du montant de la rétrocession hospitalière.

Note > Les éléments sur le marché pharmaceutique ne comprennent pas les médicaments homéopathiques. En revanche, ces derniers sont retracés dans la consommation totale et, pour la part remboursable, dans les remboursements de l'assurance maladie.**Champ** > France entière.**Sources** > LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; calculs DREES, Comptes de la santé pour la consommation.**Graphique 3** Structure de la consommation de médicaments en ville en 2015

En millions d'euros

Consommation de médicaments en ambulatoire		33 963
Achats de médicaments en ambulatoire (yc rétrocession et HDD, hors rémunérations forfaitaires)		33 766
Dépense reconnue		28 922
Prestations de la Sécurité sociale (y compris rétrocession)	23 159	
Prestations de l'État	100	
Ticket modérateur, franchises	5 663	
dont prestations de la CMU-C organismes de base	394	
Autres dépenses de médicaments	4 845	
Médicaments non remboursables	3 995	
Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription	850	
Rémunérations forfaitaires hors HDD	197	
ROSP pharmacie	127	
Permanences et Caqos	69	

Montants restant à la charge des ménages et des organismes complémentaires après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire

Caqos : contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins.

Champ > France entière.**Source** > DREES, Comptes de la santé.

En 2015, le marché des médicaments en officine¹ comporte près de 13 000 présentations différentes de médicaments, soit 20 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine (graphique 1). Ce marché se compose de spécialités remboursables, à hauteur de 80 % du nombre de présentations et de 90 % du chiffre d'affaires, et de spécialités non remboursables. Après trois années de recul du chiffre d'affaires des ventes en officine (-2,2 % en moyenne par an entre 2012 et 2014), il se stabilise entre 2014 et 2015. Si le chiffre d'affaires des spécialités remboursables continue de baisser (-0,8 %), celui des spécialités non remboursables augmente de 7,3 % en 2015 après deux années de recul (-4,1 % en 2013 et -3,2 % en 2014), en lien avec le déremboursement des anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente intervenu en mars 2015.

La valeur des ventes en officine de médicaments remboursables recule depuis 2010, où elle avait atteint son maximum à 19,4 milliards d'euros hors taxes. En cinq ans, elle a diminué de 1,5 milliard pour atteindre 17,9 milliards d'euros en 2015.

Ce recul découle de celui des médicaments remboursés à 65 %, qui représentent près des deux tiers du chiffre d'affaires total du marché en 2015 (graphique 2). La part de marché de ces médicaments décroît depuis une dizaine d'années et, depuis le point haut de 2011, leur chiffre d'affaires diminue, sous l'effet notamment des politiques de baisse des prix et de développement des génériques. De même, si les évolutions des médicaments remboursés à 15 %, 30 % ou 35 % sont plus heurtées, la baisse depuis cinq ans est nette. Seuls les médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, affichent une croissance positive de leur chiffre d'affaires depuis 2011. Leur part de marché a ainsi fortement

progressé sur la période, passant de 7,8 % à 17,7 % entre 2006 et 2015.

Récemment, entre 2011 et 2013, le marché des génériques a connu une forte expansion sous l'effet de l'élargissement du répertoire des médicaments génériques. Des molécules réalisant des chiffres de ventes élevés, dites *blockbusters*, sont en effet entrées au répertoire des médicaments génériques en 2011, avec commercialisation des génériques associés dès 2012 (ex. : Tahor®, Pariet®, Co-Aprovel® et Kenzen®). La part de marché des génériques dans l'ensemble des médicaments remboursables a ainsi progressé de 13,3 % en 2011 à 18,1 % en 2013. Entre 2013 et 2015, toutefois, leur part de marché est restée constante aux environs de 18 % (graphique 3). Cette stagnation résulte de deux effets de sens contraire : d'une part, une intensification des politiques de baisse des prix (en cas de substitution insuffisante au vu des objectifs fixés à 18, 24 et 36 mois, ainsi que dans le cadre de la convergence européenne sur les prix des génériques) ; d'autre part, un encouragement de la consommation de génériques. En effet, l'assurance maladie a renforcé ces dernières années les incitations à la prescription et à la délivrance des génériques par les médecins et les pharmaciens (ROSP), et mis en œuvre sur l'ensemble du territoire le dispositif « tiers payant contre génériques » auprès des patients.

Le nombre de groupes génériques soumis à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) est en constante augmentation. Ce dispositif, mis en œuvre en cas de substitution insuffisante du princeps par le générique, consiste à rembourser le princeps sur la base du prix du générique. Il concerne aujourd'hui plus de 350 groupes, sur près de 1 200 groupes génériques existants. Les groupes génériques soumis à un TFR représentent 5 % du chiffre d'affaires du marché global et 16 % du répertoire des génériques en 2015 (graphique 4).

¹ L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent auprès des pharmacies de ville (officines). Les montants présentés sont donc des montants hors taxes et ne comprennent pas les ventes de médicaments rétrocédés, i.e. délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires. Les nouveaux médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C, commercialisés en 2014-2015, sont pour l'instant réservés exclusivement à la rétrocession. L'analyse faite ici ne tient donc compte que du recul des ventes en officine des médicaments plus anciens indiqués dans cette pathologie et délivrés aussi bien en officines que par les PUI en rétrocession (« double circuit » réservé aux médicaments du VIH-sida et des hépatites B et C).

Définitions

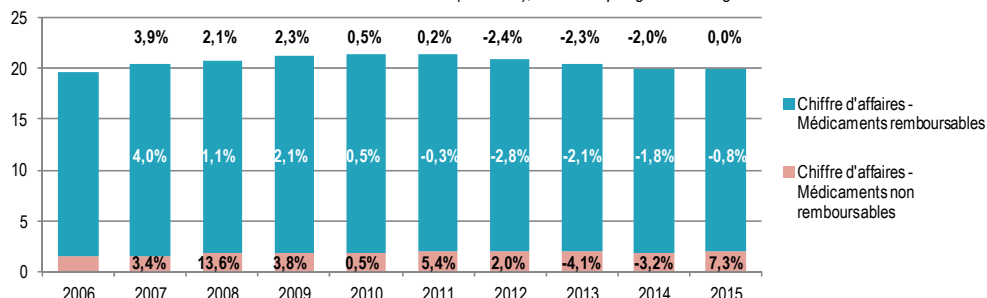
Génériques : médicament ayant le même principe actif, le même dosage, la même forme pharmaceutique et la même bio-disponibilité (vitesse et intensité d'absorption dans l'organisme) que le médicament princeps qu'il copie ; sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans). Depuis 2012, le prix d'un générique doit être inférieur à 60 % de celui du princeps. Depuis 1999, un pharmacien peut délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution). Un groupe générique se compose à la fois du médicament de référence (princeps) et des médicaments génériques de celui-ci.

Pour en savoir plus

« Le marché du médicament de ville en France en 2014 », fiche 3.3, rapport à la Commission des Comptes de la Sécurité sociale, juin 2015.
« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'assurance maladie pour 2016, juillet 2015.
Rapport d'activité 2014/2015 du Comité économique des produits de santé (CEPS), septembre 2015.

Graphique 1 Ventes de médicaments en officine

Bâtons des montants en milliards d'euros (sur l'axe), évolution par grande catégorie de médicament et du total en %



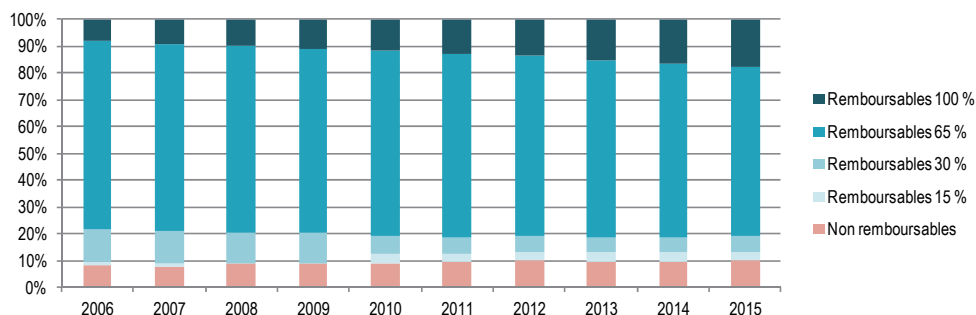
Lecture > Le total des ventes en officine en 2015, en France métropolitaine, est de 20,0 milliards d'euros, hors homéopathie (fiche 14). Les ventes de médicaments sont stables entre 2014 et 2015, celles de médicaments remboursables ont baissé de 0,8 %.

Champ > Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine. Le statut remboursable ou non remboursable du médicament considéré est celui en vigueur en décembre.

Source > GERS, traitement DREES.

Graphique 2 Parts de marché des médicaments vendus en officine selon le taux de remboursement

En %



Lecture > En 2015, les médicaments remboursés à 100 % représentent 17,7 % du marché.

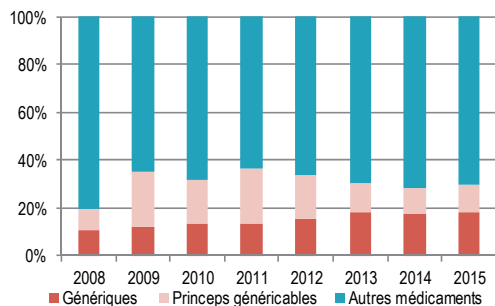
Note > Les parts de marché sont calculées sur le chiffre d'affaires. Le taux de 30 % est à 35 % jusqu'en 2011.

Champ > Ventes en officine pharmaceutique en France métropolitaine.

Source > GERS, traitement DREES.

Graphique 3 Part des génériques en valeur dans les ventes de médicaments remboursables

En %



Lecture > En 2015, les médicaments inscrits au répertoire des génériques représentent 30 % du marché, dont 18 % relatifs aux seuls génériques.

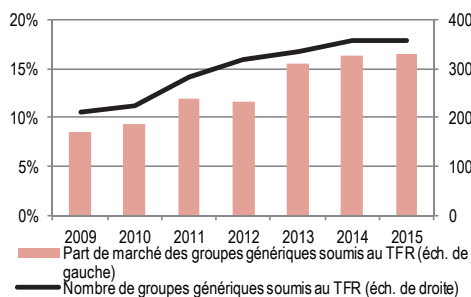
Note > Le statut du médicament considéré est celui en vigueur en décembre de chaque année.

Champ > Ventes de médicaments remboursables en officine pharmaceutique en France métropolitaine.

Source > GERS, club CIP, traitement DREES.

Graphique 4 Nombre de groupes génériques soumis au TFR et parts de marché de ces groupes dans le répertoire des génériques

En %



Lecture > En 2015, les groupes génériques soumis au TFR représentent 16 % des ventes de médicaments du répertoire des groupes génériques.

Note > Le statut du médicament considéré est celui en vigueur en décembre de chaque année.

Champ > Ventes de médicaments remboursables en officine pharmaceutique en France métropolitaine.

Source > GERS, club CIP, traitement DREES.

L'ensemble du poste « autres biens médicaux » est très hétérogène : sa nomenclature, la liste des produits et prestations (LPP), contient environ 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée par les pharmaciens, les opticiens, les audioprothésistes, les orthésistes, les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les prestataires du maintien à domicile. La dépense d'optique médicale représentant à elle seule près de 42 % de la dépense totale d'autres biens médicaux, une fiche spécifique lui est consacrée (fiche 17).

Des volumes de consommation très dynamiques

Hors optique, les autres biens médicaux consommés en ville s'élèvent à 8,5 milliards d'euros (soit 5,9 % de plus qu'en 2014, tableau), dont 2,8 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,8 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements. Les biens médicaux de la LPP consommés en hôpital et clinique sont comptabilisés à part, dans les dépenses des établissements de santé.

La croissance des autres biens médicaux, hors optique, est très dynamique (+6,1 % par an en moyenne de 2010 à 2015).

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Entre 2010 et 2015, sa croissance se maintient à un rythme élevé (+5,8 % en moyenne par an, graphique 1).

La catégorie **matériels, aliments et pansements** (matériels d'assistance respiratoire, produits traitant du métabolisme [diabète], dispositifs de maintien à domicile [lits médicaux, perfusions]...) est également très dynamique (+6,3 % en moyenne annuelle de 2010 à 2015, graphique 2).

La croissance de moyen terme de l'ensemble des autres biens médicaux, en particulier des matériels, aliments et pansements, s'explique par de nombreux facteurs, notamment :

- la tendance à la diminution des durées d'hospitalisation et le transfert d'une partie des soins de l'hôpital vers les soins de ville ;

- l'allongement de la durée de la vie : en 2010, 12 millions de patients ont été remboursés d'une dépense au titre de la LPP ; leur âge moyen était de 70 ans ;
- les progrès technologiques (développement du marché des prothèses auditives par exemple) ;
- la meilleure prise en charge de certaines pathologies et du volume de matériels mis à disposition. Ainsi, les matériels d'assistance respiratoire et d'auto-surveillance du diabète font partie des plus gros contributeurs à la croissance de la dépense en 2014.

Différentes mesures ont été prises en 2011 et 2012 afin de ralentir la croissance de ces dépenses : « le forfait bandelettes » pour les dispositifs d'autocontrôle de la glycémie et l'entente préalable du forfait « ventilation oxygénotherapie ». La baisse des forfaits de dispositifs médicaux d'assistance respiratoire dits à pression positive continue (PPC) début 2013 a également permis de modérer la croissance de la consommation en valeur.

En 2015 comme en 2014, la croissance du poste des autres biens médicaux est entièrement portée par un effet volume, les prix étant quasiment stables.

Plus de sept dixièmes de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Les prothèses, orthèses, VHP, matériels, aliments et pansements sont pris en charge à 71,1 % par l'assurance maladie obligatoire, soit un niveau très largement supérieur à celui constaté sur l'optique. Les financements publics (y compris État et CMU-C versée par les organismes de base) représentent ainsi 72,1 % de la dépense totale (graphique 3). Les organismes complémentaires et les ménages financent les autres biens médicaux hors optique dans des proportions assez voisines (respectivement 15,4 % et 12,5 %).

Cette structure de financement s'est légèrement modifiée depuis 2006. La part des organismes complémentaires a progressé de 3,2 points, tandis que, symétriquement, les parts publiques et le reste à charge des ménages ont reculé (respectivement -2,1 points et -1,1 point).

Note

Le poste « optique » correspond au chapitre 2 du titre II de la LPP ; le poste « prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques » comprend le titre II (hors chapitre 2) et le titre IV de la LPP ; le poste « aliments, matériels et pansements » correspond au titre I de la LPP. Le titre III de la LPP n'est pas repris ici, car il comprend des dispositifs médicaux utilisés exclusivement en établissement.

Pour en savoir plus

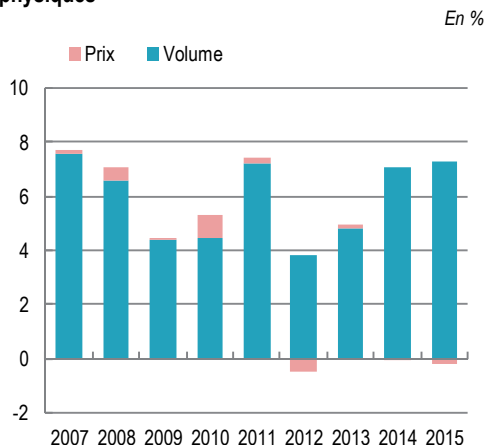
Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2013, fiche 2.3 « Bilan des dispositifs médicaux en ville ».

Tableau Consommation des autres biens médicaux, hors optique

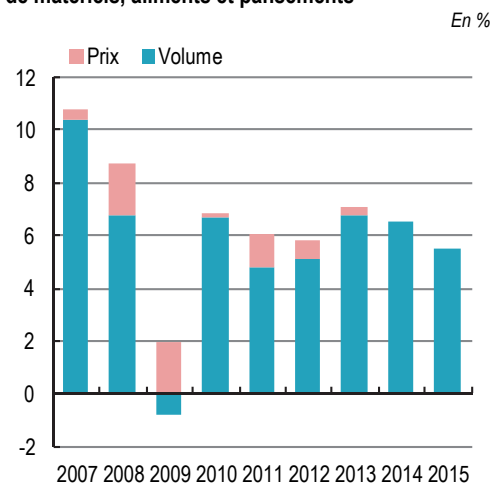
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2015/2014	Structure (%) 2015
Ensemble (en millions d'€)	4 923	5 401	5 847	5 973	6 349	6 762	7 099	7 553	8 057	8 535	5,9	100,0
Prothèses, orthèses, VHP*	1 639	1 765	1 889	1 973	2 078	2 232	2 306	2 421	2 590	2 772	7,0	32,5
Matériels, aliments et pansements	3 284	3 636	3 957	4 000	4 271	4 530	4 793	5 133	5 466	5 764	5,4	67,5
Évolution en valeur (en %)	8,6	9,7	8,2	2,2	6,3	6,5	5,0	6,4	6,7	5,9		

* Véhicules pour handicapés physiques.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques

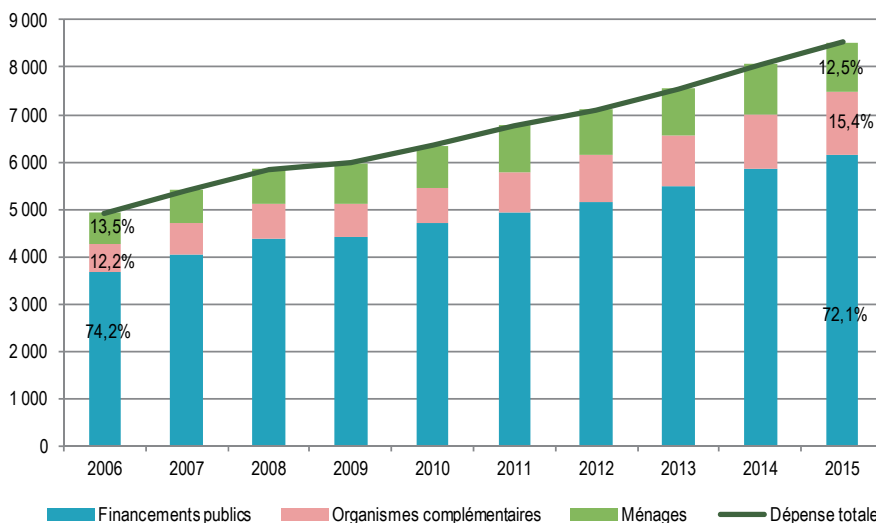
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Taux d'évolution des dépenses de matériels, aliments et pansements

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux, hors optique, par financeur direct

En millions d'euros



Source > DREES, Comptes de la santé. Les financeurs publics recouvrent la Sécurité sociale, l'État et la CMU-C versée par les organismes de base.

En 2015, la consommation d'optique médicale est évaluée à 6,1 milliards d'euros (tableau). Elle comprend les verres et montures remboursables ainsi que les lentilles correctrices, en grande majorité non remboursables. Les verres représentent 65 % de la dépense et les montures 30 % (graphique 2). Le reste de la dépense correspond aux lentilles correctrices (5 %).

En 2015, le prix de l'optique diminue pour la première fois depuis 2001

La dépense d'optique médicale a fortement progressé dans les années 2000 (+4,7 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2012), et a nettement ralenti depuis 2013 (+1,2 % en 2015 après +1,0 % en 2013 et 2014). La modération de la dépense de ces trois dernières années est à rapprocher du ralentissement à la fois des prix et des volumes (graphique 1).

Les volumes ont progressé de 3,6 % en moyenne annuelle entre 2001 et 2012 et suivent un rythme modéré depuis 2013 (+0,8 % par an en moyenne). De même, la croissance des prix est inférieure à 1,0 % par an depuis 2010. En 2015, le prix de l'optique diminue, pour la première fois depuis 2001 (-0,3 %).

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces tendances. Confrontés à des dépenses d'optique dynamiques, certains organismes complémentaires ont limité leurs garanties effectives ces dernières années notamment en introduisant des bonus fidélité ou des reports de forfait dans leur contrat. La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, accentue cette tendance : parmi les nouveaux critères à respecter pour bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la réglementation, les contrats doivent désormais rembourser les dépenses d'optique au maximum tous les deux ans.

Par ailleurs, le développement récent des réseaux de soins et la libéralisation de la vente d'optique médicale par Internet instaurée par la loi Hamon du 17 mars 2014 pourraient contribuer à la modération des prix du secteur.

La part des dépenses d'optique prise en charge par les ménages diminue, celle des OC s'accroît

L'optique médicale est faiblement remboursée par l'assurance maladie : les montants qu'elle prend en charge représentent 3,2 % de la consommation totale d'optique en 2015. Les financements publics (y compris aide médicale de l'État et CMU-C versée par les organismes de base) représentent ainsi 4,3 % de cette consommation totale. Les organismes complémentaires sont de loin les premiers financeurs de l'optique médicale (71,6 %), laissant aux ménages un reste à charge de

24,1 %. Cette structure de financement s'est nettement modifiée depuis 2006 : la part des organismes complémentaires a progressé de 16,3 points. Symétriquement, la part du reste à charge des ménages a nettement reculé (de 15,5 points). Sur la même période, la part des financements publics s'est légèrement repliée (-0,9 point), en lien notamment avec la baisse du taux de remboursement de l'optique médicale, passé de 65 % à 60 % du tarif opposable en mai 2011.

Cette forte déformation de la structure de financement s'explique par une dynamique très différenciée des prises en charge des différents financeurs : en 2015, le reste à charge des ménages sur leurs dépenses d'optique s'élève à près de 1,5 milliard d'euros, en recul de 9,5 % par rapport à 2014. Depuis 2006, il a baissé en moyenne de 1,9 % par an. À l'inverse, les prestations d'optique des organismes complémentaires (4,4 milliards en 2015) ont nettement augmenté en 2015 (+5,6 %) comme depuis 2006 (+6,7 % en moyenne annuelle). Les financements publics ont en revanche diminué en 2015 (-0,8 %) mais progressent globalement depuis 2006 (+1,6 % en moyenne annuelle).

Un recours à l'optique médicale fréquent

Les troubles de la vision sont des atteintes sensorielles fréquentes : trois adultes sur quatre déclarent en avoir. Si les troubles de la vision sont souvent corrigés par le port de lunettes ou de lentilles de contact, ils peuvent, lorsqu'ils ne sont pas ou mal corrigés, limiter les personnes dans leurs activités sociales et professionnelles, voire conduire à un isolement.

Sept adultes sur dix et 97 % des plus de 60 ans portent des lunettes. En 2014, un cinquième des assurés non bénéficiaires de la CMU-C ont acheté au moins un équipement d'optique remboursable. Ce taux de recours, qui varie fortement avec l'âge, est maximal autour de 50 ans : plus d'un quart des quinquagénaires se sont équipés en optique médicale remboursable en 2014.

Optique médicale

Ce poste correspond au chapitre 2 du titre II de la Liste des produits et prestations (LPP). Il comprend :

- les verres, montures et lentilles correctrices remboursables ;
- les lentilles correctrices non remboursables.

À l'inverse sont hors du champ des comptes de la santé :

- les lunettes solaires de vue non remboursables ;
- les lentilles esthétiques ;
- les produits d'entretien des lunettes et lentilles.

Pour en savoir plus

Annexe 2 sur la révision de l'optique médicale dans les comptes de la santé.

Bouchet A., Maliki S., 2015, « Les dépenses d'optique médicale en 2014 », *Points de repère*, n° 43, CNAMTS, décembre.

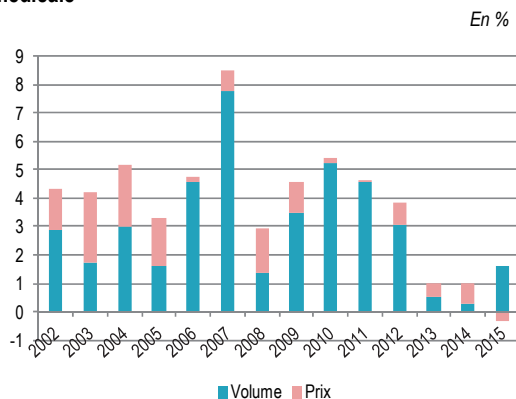
Tréviën C., 2015, « Le commerce de détail d'optique depuis 2003 », *Insee Première*, n° 1576, novembre.

« Atteintes de la vision chez l'adulte », 2015, *L'état de santé de la population en France – édition 2015*, DREES, février.

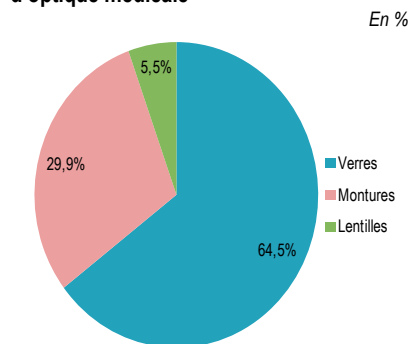
Tableau Consommation d'optique médicale

	Montants en millions d'euros									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consommation	4 442	4 821	4 965	5 193	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142
Évolution (en %)	4,8	8,6	3,0	4,6	5,4	4,6	3,9	1,0	1,0	1,2

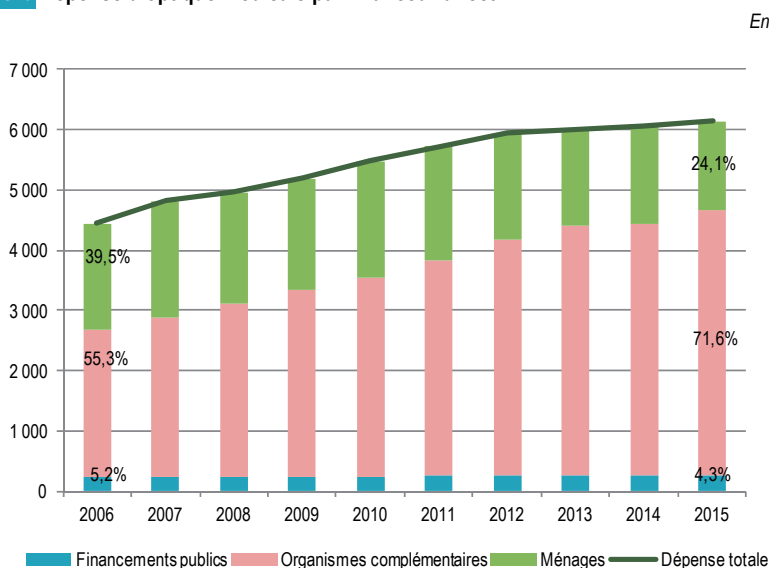
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Taux d'évolution des dépenses d'optique médicale

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition des dépenses d'optique médicale

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Dépense d'optique médicale par financeur direct

Source > DREES, Comptes de la santé.

Les soins hospitaliers

Avec 90,8 milliards d'euros en 2015, les soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) représentent 46,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Cette part est croissante sur la période récente (45,8 % en 2007).

La croissance totale de la consommation de soins hospitaliers est de 1,9 % en valeur en 2015. Elle évolue de 2,1 % en volume, les prix diminuant de 0,2 % (tableau). Les soins hospitaliers ralentissent ainsi par rapport à la tendance de 2010-2014 (+2,6 % par an en valeur).

Les soins du secteur public hospitalier poursuivent leur croissance modérée

Le **secteur public** hospitalier comprend :

- les hôpitaux de statut juridique public, dont les hôpitaux militaires ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif, anciennement tarifiés à prix de journée préfectoral, ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Le secteur public représente à lui seul 77 % de la consommation de soins hospitaliers en 2015 ; cette part est stable depuis 2006.

La consommation de soins hospitaliers du secteur public s'élève à 70,1 milliards d'euros en 2015. Elle progresse de 2,2 % en valeur après +2,8 % en 2014, en lien avec le ralentissement de la masse salariale hospitalière (+1,5 %, après +3,1 %). Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées au début des années 2000, en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production. La croissance en volume s'établit à 2,0 % en 2015, après +2,1 % en 2014. La croissance des prix, solde entre croissance de la valeur et celle des volumes, est modérée en 2015 : +0,1 %, après avoir atteint +0,7 % en 2014 (graphique 1).

Les prix baissent pour la troisième année consécutive dans le secteur privé

Quant au **secteur privé** hospitalier, il comprend :

- les établissements privés à but lucratif ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif, anciennement tarifiés à prix de journée préfectoral, ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

La consommation de soins hospitaliers en secteur privé s'est élevée en 2015 à 20,7 milliards d'euros. Dans une logique de lieu d'exécution, les dépenses comptabilisées au titre du secteur hospitalier privé comprennent l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées.

La consommation de soins hospitaliers privés a nettement ralenti en 2015 (+1,1 %, après +2,7 %), en lien avec la modération des honoraires (+1,9 % en 2015 contre +3,9 %) et des frais de séjour (+0,8 % en 2015 au lieu de +2,2 %). Les prix ont baissé pour la troisième année consécutive (-1,1 % après -0,3 % en 2013 et 2014). En effet, la légère hausse du prix des honoraires (+0,5 %) n'a pas compensé les baisses de prix des frais de séjours (-1,7 %, contrecoup de l'introduction du CICE ; fiche 23) et des biens médicaux de la liste en sus* (-1,9 %). La croissance en volume, qui se déduit de celle des prix, est elle aussi moins forte en 2015 qu'en 2014 (+2,2 % après +2,9 %).

Le secteur privé laisse aux ménages un reste à charge plus important

Comparé au secteur public hospitalier, la prise en charge des dépenses par la Sécurité sociale et par l'État est moindre dans le secteur privé (respectivement 93,4 % contre 89,3 %, graphique 2), en lien avec la possibilité pour les praticiens du secteur privé d'effectuer des dépassements d'honoraires non remboursés par la Sécurité sociale. Aussi, le reste à charge dans le secteur privé hospitalier est-il plus important (4 % de la dépense totale, contre près de 2 % dans le secteur public hospitalier), quoique inférieur à celui de la plupart des autres postes de la CSBM.

* Il s'agit des médicaments et autres biens médicaux, souvent coûteux, qui sont facturés en sus de la tarification à l'activité.

Consommation de soins hospitaliers publics

Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée (prises en comptes dans la dépense courante de santé et non dans la consommation de soins et de biens médicaux).

La consommation de soins du secteur public est égale à la production non marchande obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés. À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...), et la production pour emploi final propre.

Indice de prix

Dans les comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est estimé à partir de l'évolution de l'activité par la méthode dite de « l'output », grâce aux données de l'ATIH et de l'enquête SAE de la DREES.

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 provenant de la CNAMTS, de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier) et de l'évolution du prix des honoraires des praticiens libéraux (y compris dépassements, produit par l'INSEE). Les méthodes de calcul sont différentes entre les deux secteurs afin que l'indice soit le plus conforme à la logique économique du secteur considéré.

Tableau Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble		70 554	72 949	75 396	78 342	80 322	82 463	84 570	86 687	89 079	90 790
Évolution (en %)	Valeur	3,9	3,4	3,4	3,9	2,5	2,7	2,6	2,5	2,8	1,9
	Prix	1,5	2,1	0,5	0,8	-0,2	-0,1	0,0	0,6	0,5	-0,2
	Volume	2,4	1,3	2,8	3,1	2,8	2,7	2,5	1,9	2,3	2,1
Secteur public		54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	70 126
Évolution (en %)	Valeur	3,5	3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,8	2,2
	Prix	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,7	0,1
	Volume	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0
Secteur privé		16 172	16 709	17 457	18 131	18 621	19 169	19 619	19 908	20 444	20 664
dont frais de séjour *		11 872	12 294	12 792	13 299	13 550	13 958	14 283	14 475	14 796	14 911
dont honoraires **		4 299	4 415	4 665	4 832	5 070	5 211	5 336	5 434	5 648	5 753
Évolution (en %)	Valeur	5,2	3,3	4,5	3,9	2,7	2,9	2,3	1,5	2,7	1,1
	Prix	0,5	1,8	1,0	0,5	0,6	0,6	0,3	-0,3	-0,2	-1,1
	Volume	4,7	1,5	3,4	3,3	2,1	2,4	2,1	1,7	2,9	2,2

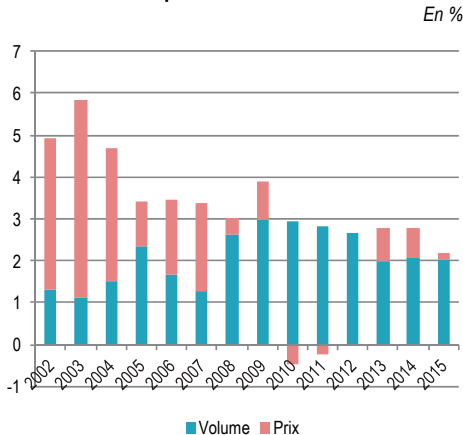
* Y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus.

** Ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée, y compris biologie.

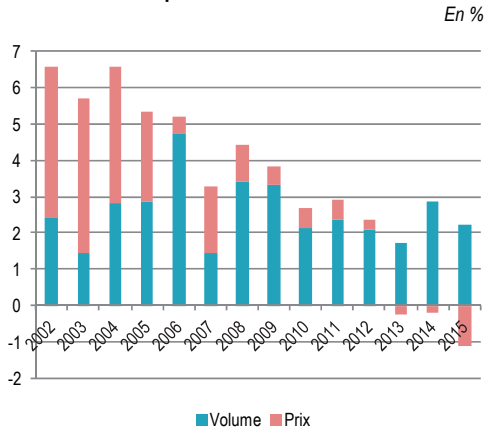
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

A. Dans le secteur public



B. Dans le secteur privé

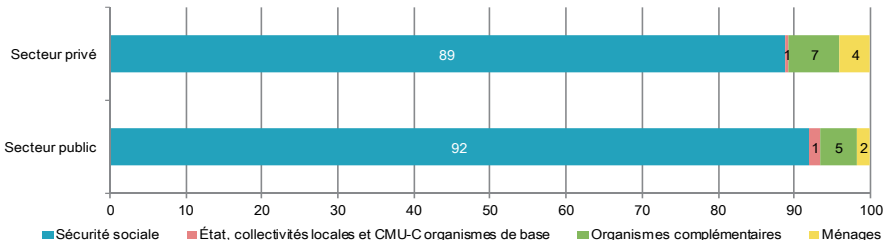


Note > Compte tenu des différences de méthodologie et de périmètre des tarifs dans les secteurs public et privé, les indices de prix des deux secteurs ne sont pas directement comparables (cf. annexe 3 « La méthodologie des comptes de la santé »).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition de la consommation de soins hospitaliers par financeur en 2015

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Pour en savoir plus

Annexe 3 « La méthodologie des comptes de la santé » et annexe 5 « Les indices de prix et de volume des comptes de la santé ».

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 [DG] ou hors DG) et non sur leur statut juridique (fiche 18). 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 2014, on dénombre en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer 3 111 établissements de santé (y compris hôpitaux militaires) :

- 1 416 établissements publics¹ ;
- 683 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 012 établissements privés à but lucratif (hors centres de dialyse, de radiothérapie et services d'hospitalisation à domicile, HAD).

Depuis 2002, l'hospitalisation partielle se développe, contrairement à l'hospitalisation complète

En 2014, les capacités d'accueil sont d'environ 380 000 lits en hospitalisation complète, contre près de 73 000 places en hospitalisation partielle (tableau). En 2014, le nombre de places en hospitalisation partielle augmente légèrement (+0,8 %), tandis que les lits en hospitalisation complète poursuivent leur lente diminution (-0,6 %, après -0,2 % en 2013).

Dans le secteur public, ce sont à la fois les lits et les places qui diminuent en 2014, tandis que dans le secteur privé, à but lucratif ou non, seuls les lits diminuent, alors que les places en hospitalisation partielle augmentent.

En 2014, le nombre de lits en hospitalisation complète est moindre qu'en 2002 dans le secteur privé à but non lucratif et surtout dans le secteur public, mais plus élevé dans le secteur privé à but lucratif (graphique 1). En revanche, le nombre de places en hospitalisation partielle a nettement augmenté dans l'ensemble des secteurs entre 2002 et 2014.

Toutefois, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle diminuent légèrement en 2014 (-0,9 %), notamment dans les secteurs public et privé à but lucratif. Les capacités en hospitalisation complète poursuivent leur décroissance (-1,5 % par rapport à 2013), de manière plus marquée dans l'ensemble des établissements privés.

En psychiatrie, la croissance globale en hospitalisation partielle reste positive mais modérée (+0,6 %). Cependant, elle est particulièrement forte dans

le secteur privé à but lucratif dont les niveaux initiaux étaient faibles. En hospitalisation complète, la diminution des capacités est minime (-0,2 %) et concerne seulement les secteurs public et privé à but lucratif.

En soins de suite et de réadaptation (SSR), la progression du nombre de lits se poursuit : +1,3 % en 2014, après +0,8 % en 2013. Les places d'hospitalisation partielle poursuivent également leur croissance à un rythme soutenu (+6,5 % en 2014, +11,9 % en 2013), avec là aussi un développement plus rapide du secteur privé à but lucratif. Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil se stabilisent en 2014 (-0,5 %), après une forte baisse en 2013 (-2,3 %) et une baisse supérieure au quart de la capacité en 2010. Cette forte baisse en 2010 découle de la transformation d'un grand nombre d'unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à leur sortie du champ sanitaire (fiche 32).

Le nombre d'emplois médicaux croît de 1,6 % en 2014

En 2014, le nombre d'emplois médicaux (médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et les faisant fonction d'interne [FFI]), progresse dans les établissements de santé et atteint 187 000 (+1,6 % par rapport à 2013, graphique 2). Le nombre d'emplois salariés croît dans les établissements publics et dans les établissements privés à but non lucratif. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive, à temps plein ou non, au sein d'un établissement privé ou de façon non exclusive dans plusieurs établissements. Le nombre de médecins libéraux augmente globalement de 1,8 %, et de manière plus accentuée dans les établissements privés à but non lucratif.

En 2014, le personnel non médical et les sages-femmes (titulaires de la fonction publique hospitalière, CDI et CDD) des établissements de santé représentent toujours plus d'un million d'équivalents temps plein (ETP) [+0,5 % par rapport à 2013]. Avec 7 ETP sur 10, le personnel soignant (sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues) représente le cœur de métier de l'hôpital (graphique 3). Les trois quarts des ETP non médicaux des établissements de santé sont employés dans les hôpitaux publics, le reste se partageant de manière presque égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

¹ Le nombre d'établissements indiqué pour le secteur public comptabilise tous les établissements quelle que soit leur implantation géographique : pour une entité juridique multisite, comme l'AP-HP, on compte autant d'établissements que de sites.

L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit (pour la psychiatrie seulement) et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

Pour en savoir plus

Les établissements de santé – édition 2016, coll. Panoramas de la DREES – Santé, juillet.

Tableau Capacité en lits et en places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2014	Évolution 2014-2013 (en %)	2014	Évolution 2014-2013 (en %)	2014	Évolution 2014-2013 (en %)	2014	Évolution 2014-2013 (en %)
Hospitalisation partielle (en places)	41 657	-0,3	13 393	3,8	17 486	1,4	72 536	0,8
MCO	16 091	-1,0	3 405	5,6	12 492	-2,3	31 988	-0,9
Psychiatrie	22 549	-0,2	5 279	0,7	1 417	16,3	29 245	0,6
Soins de suite et réadaptation	3 017	2,5	4 709	6,2	3 577	10,6	11 303	6,5
Hospitalisation complète (en lits)*	227 552	-0,3	54 760	-1,8	96 970	-0,5	379 282	-0,6
MCO	148 223	-0,3	17 429	-4,3	50 947	-4,0	216 599	-1,5
Psychiatrie	37 161	-1,4	7 421	-1,0	13 281	3,7	57 863	-0,2
Soins de suite et de réadaptation	42 168	0,9	29 910	-0,5	32 742	3,6	104 820	1,3
Soins de longue durée (en lits)	28 677	-0,3	2 416	-2,7	546	0,0	31 639	-0,5

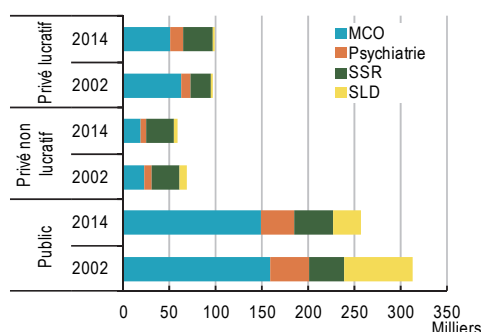
* hors soins de longue durée.

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

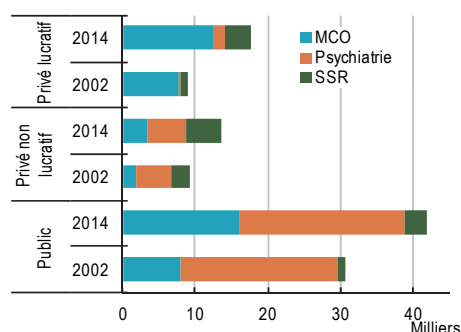
Source > DREES, SAE 2013 et 2014, traitement DREES.

Graphique 1 Évolution des capacités entre 2002 et 2014

Lits d'hospitalisation complète



Places d'hospitalisation partielle

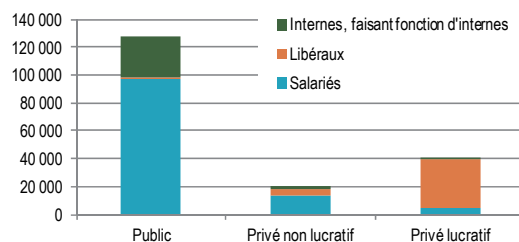


Champ > France entière (hors Mayotte), y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2002 et 2014, traitement DREES.

Graphique 2 Personnel médical en 2014

En nombre de personnes



Lecture > Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements et qui sont rémunérés par chacun d'eux.

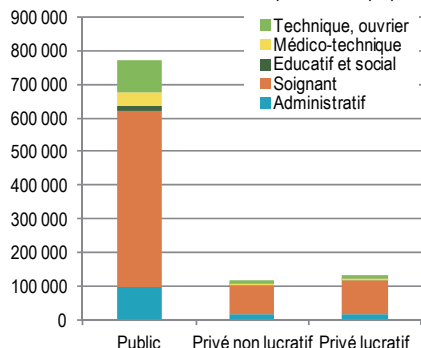
Note > Les personnels faisant fonction d'internes sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquies une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'internes.

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2014, traitement DREES.

Graphique 3 Personnel non médical et sages-femmes en 2014

En équivalent temps plein



Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2014, traitement DREES.

En 2014, les établissements de santé ont comptabilisé 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 15 millions de journées en hospitalisation partielle (tableau)¹. L'activité est tirée par l'hospitalisation partielle qui continue de se développer (+3,5 %) tandis que l'hospitalisation complète stagne (-0,3 %).

En MCO, l'augmentation de l'activité porte uniquement sur l'hospitalisation partielle

L'activité de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), mesurée en nombre de séjours et de journées en hospitalisation partielle, est en hausse : +1,4 % en 2014. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance en 2014 (+3,7 %). En hospitalisation complète, en revanche, l'activité stagne (-0,1 %), avec une baisse de l'activité des cliniques privées à but lucratif (-2,5 %) compensée en partie par une légère hausse dans le secteur public (+0,8 %). L'évolution est différenciée selon la discipline : le nombre de séjours augmente en médecine et diminue en chirurgie et en obstétrique. En 2014, en MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète est identique à celui de 2002 (graphique 1). En revanche, le nombre de journées en hospitalisation partielle a crû de 37 % depuis 2002 à la suite des politiques incitatives mises en place (développement de ces services, tarification plus attractive...). La structure de l'activité en MCO s'est ainsi nettement déformée : on compte 2 journées pour 3 séjours en 2014, contre 1 journée pour 2 séjours en 2002.

La durée moyenne des séjours en MCO est de 5,7 jours (graphique 2). Elle est plus élevée dans le public (6,2 jours) que dans le privé à but non lucratif (5,6 jours) ou lucratif (4,4 jours). Cette durée moyenne est stable sur l'ensemble de la période observée (2010-2014). Plutôt faible en France, la durée moyenne de séjour ne s'inscrit pas dans la tendance à la baisse généralement observée dans les autres pays (fiche 45).

L'activité en psychiatrie est relativement stable depuis dix ans

Entre 2002 et 2014, en psychiatrie comme en MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète stagne. L'activité en hospitalisation partielle en psychiatrie a crû mais plus faiblement qu'en MCO. Néanmoins, en 2014, la croissance de l'hospitalisation partielle se poursuit (+0,7 %). En hospitalisation complète, la diminution du nombre de séjours est marquée (-3,0 %) et concerne seulement le secteur privé dans son ensemble et non le secteur public. La durée moyenne de séjour en psychiatrie, stable depuis 2010, s'établit à 29,1 jours.

Une inflexion de l'activité en hospitalisation complète en SSR

Entre 2002 et 2012, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est celui qui connaît la plus forte croissance de son activité : +17 % pour le nombre de séjours, +103 % pour le nombre de journées en hospitalisation partielle. Bien que l'évolution 2013 ne soit pas mesurable, on observe une nette inflexion de cette tendance en 2014 : l'activité en hospitalisation complète de SSR se stabilise avec 1,1 million de séjours (-0,3 %) et 33,6 millions de journées (+0,5 %). La durée moyenne de séjour est de 31,6 jours. Comme en MCO et en psychiatrie, elle est plutôt stable depuis 2010.

En revanche, l'activité en hospitalisation partielle poursuit sa forte progression (+7,3 %) quel que soit le secteur considéré. En 2014, on comptabilise ainsi 3,4 millions de journées en hospitalisation partielle.

Le nombre de journées en **soins de longue durée** se stabilise en 2014, en cohérence avec la stagnation de la capacité en lits (fiche 19). Outre les hospitalisations à temps complet et à temps partiel, la SAE comptabilise des consultations externes, des traitements et cures ambulatoires, en particulier 6,2 millions de séances de dialyse en 2014, 2,3 millions de séances de chimiothérapie en ambulatoire et 3,7 millions de séances de radiothérapie en ambulatoire. Enfin, les urgences ont accueilli près de 19,7 millions de passages en 2014.

¹ En médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins d'un jour », également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour supérieur à un jour est classé en hospitalisation de plus d'un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrit de manière synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé avec comme objectifs de planifier et d'organiser les soins hospitaliers sur le territoire français, et de financer les établissements en fonction de leur activité. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non médicaux.

En 2014 comme en 2013, le recueil de l'activité en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) n'est plus intégré dans l'hospitalisation partielle en psychiatrie, mais dans les prises en charge ambulatoires en psychiatrie.

Pour en savoir plus

Les établissements de santé – édition 2016, coll. Panoramas de la DREES – Santé, juillet 2016.

Coquelet F., 2015, « Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours », *Études et Résultats*, n° 943, DREES, décembre.

Ricroch L., 2015, « Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. », *Études et Résultats*, n° 906, DREES, mars.

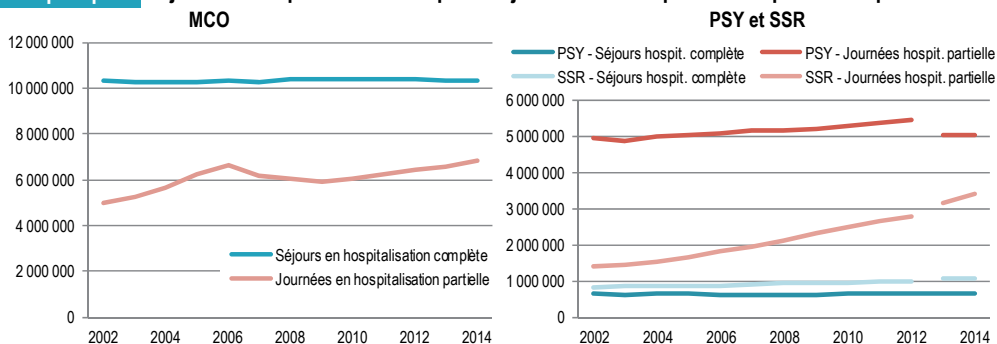
Tableau Nombre de séjours et de journées selon le statut de l'établissement en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2014	Évolution 2013-2014	2014	Évolution 2013-2014	2014	Évolution 2013-2014	2014	Évolution 2013-2014
Journées en hospitalisation partielle	7 447 223	1,6%	2 879 716	3,6%	4 998 283	6,2%	15 325 222	3,5%
MCO	2 868 041	3,3%	563 113	6,4%	3 430 074	3,6%	6 861 228	3,7%
Psychiatrie*	3 714 138	-0,4%	953 189	0,0%	394 510	14,9%	5 061 837	0,7%
Soins de suite et de réadaptation	865 044	5,2%	1 363 414	5,1%	1 173 699	11,7%	3 402 157	7,3%
Séjours en hospitalisation complète	7 861 435	0,7%	1 206 223	-1,6%	3 068 407	-2,2%	12 136 065	-0,3%
MCO	6 961 213	0,8%	838 011	-0,1%	2 611 218	-2,5%	10 410 442	-0,1%
Psychiatrie	454 607	-0,1%	73 496	-15,4%	113 755	-5,0%	641 858	-3,0%
Soins de suite et de réadaptation	427 272	-0,4%	293 405	-1,7%	343 009	1,1%	1 063 686	-0,3%
Soins de longue durée	18 343	-6,8%	1 311	-9,5%	425	19,0%	20 079	-6,5%
Journées en hospitalisation complète	78 439 178	-0,2%	16 838 696	-1,8%	27 470 967	0,0%	122 748 841	-0,4%
MCO	43 095 704	0,0%	4 705 978	-2,3%	11 553 674	-3,8%	59 355 356	-1,0%
Psychiatrie	11 754 250	-1,9%	2 289 493	-1,4%	4 653 226	4,1%	18 696 969	-0,4%
Soins de suite et de réadaptation	13 550 346	0,3%	9 015 158	-1,5%	11 077 774	2,5%	33 643 278	0,5%
Soins de longue durée	10 038 878	0,2%	828 067	-4,1%	186 293	8,9%	11 053 238	0,0%

* Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.

Champ > France entière (y compris Mayotte), y compris hôpitaux militaires.

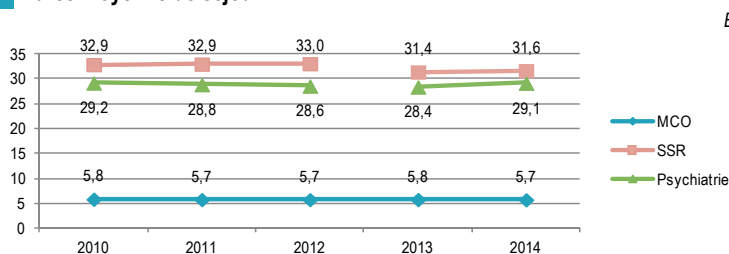
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2013-2014, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; ATIH, PMSI-SSR 2013-2014 pour le SSR ; DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et les soins longue durée.

Graphique 1 Séjours en hospitalisation complète et journées en hospitalisation partielle depuis 2002

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due au changement de sources pour le SSR, à la modification de la collecte pour la psychiatrie.

Champ > France entière (hors Mayotte) et hors hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2002-2014, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; ATIH PMSI-SSR 2013-2014, traitements DREES ; DREES SAE 2002-2012, traitements DREES pour le SSR ; DREES SAE 2002-2014, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due au changement de sources pour le SSR, à la modification de la collecte pour la psychiatrie. En 2013 et 2014, la durée moyenne de séjour (DMS) correspond au nombre de jours de présence rapporté au nombre de séjours (somme du nombre de séjours et de jours entamés avant le 1^{er} janvier et poursuivis l'année N). Pour les années 2012 et antérieures, la DMS correspond au nombre de jours de présence rapporté au nombre de séjours pour le SSR et la psychiatrie.

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2013 2014 pour l'activité de court séjour, ATIH PMSI-SSR 2014 pour le SSR, DREES, SAE 2014, traitements DREES.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR).

En 2014, la dépense remboursée par l'assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD s'élève à 874 millions d'euros. Après avoir augmenté de 19 % par an entre 2006 et 2009, cette dépense a crû de 8 % par an jusqu'en 2012 et ralentit depuis (+4,1 % en 2013 et +1,7 % en 2014). Cela pourrait s'expliquer en partie par un début de recentrage des activités d'HAD : en effet, certains motifs, comme les retours précoces après accouchement, ne seront plus pris en charge en HAD en 2015.

Près de 15 000 places d'HAD en 2014

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important depuis le début des années 2000 à la suite de la clarification de ses périmètre et champ d'application. La capacité offerte et l'activité ont ainsi triplé. Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2014, 319 structures offrent 14 419 places (ou patients pouvant être pris en charge simultanément) en France métropolitaine et dans les DOM (tableau), ce qui ne représente que 4 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire.

Les structures d'HAD appartiennent pour 42 % au secteur public, pour 42 % au secteur privé à but non lucratif et pour 16 % au secteur privé à but lucratif. Dans le secteur public, 118 structures sur 133 appartiennent à des centres hospitaliers. Dans le secteur privé à but non lucratif, 112 structures, soit plus de quatre sur cinq, relèvent du domaine associatif, et sont spécialisées dans cette forme d'hospitalisation : elles offrent plus de la moitié des places en HAD en France.

En 2014, sur les 14 419 places en HAD du territoire français, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France, et dans cette région, 2 319 places se trouvent à Paris et dans les Hauts-de-Seine. L'offre des places d'HAD dans ces deux départements représente 16 % de l'offre totale et la densité moyenne de places y est de 60 pour 100 000 habitants (carte), soit presque 3 fois la densité moyenne nationale (22 places pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures créées en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France. Dans les DOM, la Guadeloupe et la Guyane ont également des densités quatre fois supérieures à la

densité nationale, alors que la Martinique fait partie des régions les moins bien pourvues. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997. En Guyane, l'HAD comble aujourd'hui les déficits de l'offre de soins et s'est implantée là où il manque des professionnels de santé, proposant ainsi un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. À côté de ces départements fortement dotés en places d'HAD, d'autres en Métropole ont aussi des densités élevées, comme les Landes où l'HAD existe depuis longtemps. En revanche, les départements du reste de l'Île-de-France ou certains départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes sont particulièrement sous-dotés avec des densités départementales en dessous de 11 places pour 100 000 habitants, soit moins de deux fois la moyenne nationale.

Les personnes âgées représentent la moitié des séjours en HAD

En 2014, 174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,4 millions de journées, soit 4 % des journées d'hospitalisation complète. En termes d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est encore plus marquée qu'en nombre de places offertes avec 49 000 séjours (28 % de l'ensemble des séjours) et 823 000 journées (19 % des journées) en 2014.

Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en termes d'activité que de capacités : il prend en charge 61 % des séjours (contre 31 % dans le public et 9 % dans le privé à but lucratif) et réalise 62 % des journées (contre respectivement 26 % et 12 %). Cette répartition est assez stable dans le temps. Elle pourrait s'expliquer par un turn-over plus grand dans les secteurs public et privé à but non lucratif : les séjours y sont traditionnellement plus courts que dans le secteur privé à but lucratif. Ainsi, la périnatalité et les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours, sont plus répandus dans les deux premiers.

Les soins palliatifs, la cancérologie, la périnatalité, les pansements complexes et les soins spécifiques sont les principaux motifs d'admission des séjours en HAD. Compte tenu de ces motifs de prise en charge variés, on trouve en HAD des patients de tous les âges, de la naissance à la fin de vie (graphique). Toutefois, même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins, les personnes âgées constituent une population cible importante : en 2014, les plus de 65 ans totalisent 48 % des séjours (21 % pour les plus de 80 ans). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

Note : Les dépenses d'hospitalisation à domicile sont comptabilisées dans la consommation de soins hospitaliers, décrite fiche 18.

Tableau Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Nombre de places installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés* en 2014	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences (en journées)
Ensemble	319	14 419	174	4 438	27	18
Secteur public :	133	4 048	54	1 151	23	15
Centre hospitalier régional	15	1 302	22	413	19	12
Centre hospitalier (et autres)	118	2 746	31	738	25	17
Secteur privé à but non lucratif :	134	8 422	105	2 745	28	18
Centre de lutte contre le cancer	3	222	5	84	19	8
Structure associative de HAD	112	7 462	92	2 424	28	18
Autres	19	738	9	237	28	22
Secteur privé à but lucratif	52	1 949	15	542	41	25

* Les séjours comprennent ceux commencés avant 2014 et ceux qui se poursuivent après 2014. Contrairement à l'édition précédente, les journées sont exclusivement celles de l'année 2014 (on exclut les journées antérieures à 2014 pour les séjours ayant commencé avant).

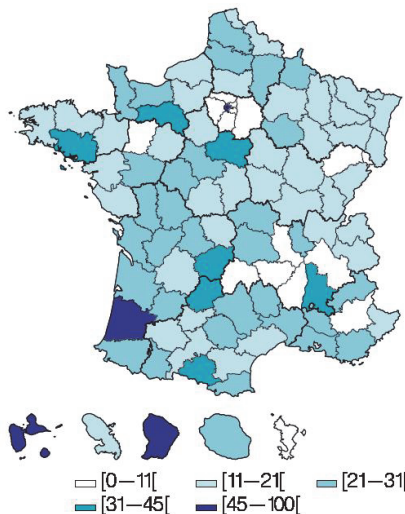
Note > L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et de soins de suite et de réadaptation, i.e. hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées (ou plus précisément de patients pouvant être pris en charge simultanément) est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR enregistrée dans le PMSI.

Champ > France entière.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014 ; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Carte Densité des places en hospitalisation à domicile par département

Pour 100 000 habitants

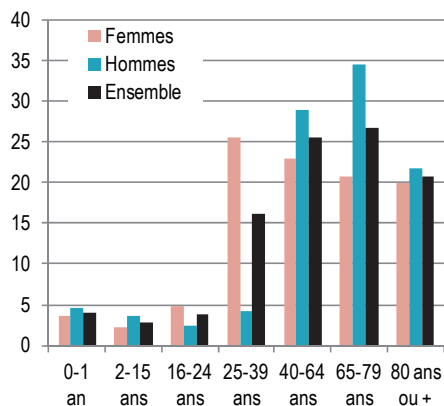


Champ > France entière.

Sources > INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014 ; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Graphique Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile

En % par sexe



Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2014, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 26 % chez les femmes.

Champ > France entière.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Pour en savoir plus

Les établissements de santé - édition 2016, coll. Panoramas de la DREES - Santé, juillet.

« Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2014 - édition 2015 », Rapport de la Fédération nationale des établissements à domicile, août.

« Analyse de l'activité hospitalière 2014 - édition 2015 », ATIH, juillet.

La dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics se poursuit en 2015...

En 2015, d'après les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit total atteint 411 millions d'euros. La rentabilité nette, définie comme le rapport du résultat net (soit l'excédent ou le déficit) aux produits, s'établit à -0,6 % en 2015 (tableau 1). Cette rentabilité nette se dégrade depuis 2012, où elle était positive (0,1 % des produits). Elle s'est établie à -0,2 % en 2013, -0,4 % en 2014, pour atteindre -0,6 % en 2015.

En 2015, cette dégradation est totalement imputable à celle du budget principal qui présente un déficit de 618 millions d'euros (tableau 2). Le budget principal retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et de psychiatrie, et représente 88 % du budget total des établissements. Quant au budget annexe, décrivant notamment les unités de soins de longue durée et les établissements hébergeant des personnes âgées, l'excédent progresse en 2015 pour atteindre 207 millions d'euros.

Le champ de cette fiche est plus restreint que le secteur public hospitalier retenu dans les comptes de la santé. En effet, seuls les hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires) sont retenus ici. Les établissements privés anciennement sous dotation globale ne sont pas analysés.

... et concerne les centres hospitaliers régionaux, hors AP-HP, et les centres hospitaliers

En 2015, comme en 2014, la moitié des établissements sont déficitaires. Le déficit cumulé des établissements déficitaires se détériore pour s'établir à 807 millions, contre un déficit cumulé de 548 millions d'euros en 2014. En 2015, l'essentiel de ce déficit est plus concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 25 établissements en 2015 alors qu'en 2014, 40 établissements concentraient la moitié de ce déficit.

Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé s'améliore et s'établit à près de 400 millions d'euros en 2015, contre 339 millions d'euros en 2014.

La détérioration de la situation financière concerne notamment les centres hospitaliers régionaux (CHR). Davantage de CHR (hors AP-HP) se retrouvent en situation déficitaire (21 en 2015, contre 19 en 2014 et 17 en 2013) : leur déficit représente 40 % du déficit global en 2015, contre un quart en 2014. Leur rentabilité nette se détériore fortement et s'établit à -1,4 % en 2015, contre -0,7 % en 2014 et -0,3 % en 2013.

Quant aux centres hospitaliers de grande taille, leur rentabilité nette se dégrade également, passant de -0,3 % en 2014 à -0,6 % en 2015. Pour les centres hospitaliers (CH) de taille moyenne, la rentabilité nette reste au niveau observé en 2014 (-0,9 %). Enfin, les CH de petite taille sont pour la première fois déficitaires depuis 2002, première année d'observation. Leur rentabilité nette diminue continuellement depuis 2013, pour atteindre -0,3 %.

En revanche, la rentabilité nette des hôpitaux de l'AP-HP devient positive, à 0,6 %. L'AP-HP était déficitaire depuis 2009. De même, après un déficit en 2013, la situation des centres hospitaliers spécialisés redevient excédentaire en 2015. La rentabilité nette représente 0,3 % des produits en 2015. Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, la situation se stabilise, leur situation financière restant excédentaire.

En 2015, la dégradation du résultat d'exploitation des établissements publics se poursuit

Le résultat net est la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. La détérioration du résultat net depuis 2012 découle de la dégradation du résultat d'exploitation, alors que celui-ci progressait chaque année depuis 2007 (graphique 1). Le résultat d'exploitation enregistre un excédent de 220 millions d'euros, contre 561 millions d'euros en 2014. Le résultat financier reste à un niveau stable, dégradé, en 2015 en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2015. En revanche, le résultat exceptionnel progresse ; il est excédentaire de 449 millions d'euros, contre 261 millions en 2014.

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 76,7 milliards d'euros en 2015

En 2015, les produits totaux des établissements publics, hors rétrocession de médicaments poursuivent leur progression (+2,0 % en 2015, contre +2,3 % en 2014, tableau 2). Ces produits atteignent 76,7 milliards d'euros, dont 67,5 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois titres de produits et en quatre titres de charges. Avec un peu plus de 52 milliards d'euros, les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 2,2 % en 2015. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, se stabilisent autour de 5,6 milliards d'euros en 2015. Enfin, les autres produits (titre 3) augmentent de 2,3 % pour s'établir à 9,6 milliards d'euros. Ils correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

Tableau 1 Rentabilité nette¹ des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

En %

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015**
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4 *	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,1	-0,2	-0,4	-0,6
Les centres hospitaliers régionaux (CHR)														
AP-HP	0,8	-0,3	1,7	-1,1	2,7 *	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7	-1,4
Les autres centres hospitaliers (CH)														
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,6
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,6	-1,1	-0,1	-0,7	-0,9	-0,9
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,6	0,8	0,4	-0,3
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,2	0,7	0,6	0,7
CH spécialisés (CHS)	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3

¹ La **rentabilité nette** des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le **résultat net comptable** (écart entre les produits et les charges, c'est-à-dire l'**excédent ou le déficit**) et les produits de l'activité (définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21, hors compte de rétrocession).

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité nette de l'AP-HP s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

** Données provisoires.

Note > Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories :

- L'assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP).
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

Les syndicats inter-hospitaliers (SIH), exerçant une activité de soins, ont été classés avec les établissements où ils sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré).

Tableau 2 Évolution des produits et des charges des hôpitaux publics entre 2012 et 2015

Montants en milliards d'euros

	Montants (en millions €)				Évolution (en %)		
	2012	2013	2014	2015*	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Produits							
Budget global	72,0	73,5	75,2	76,7	2,0	2,3	2,0
dont budget principal	63,2	64,5	66,1	67,5	2,1	2,5	2,1
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	49,9	49,9	51,1	52,2	-0,1	2,3	2,2
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,4	5,6	5,6	5,6	3,6	1,5	-0,6
dont titre 3 : autres produits	7,9	9,0	9,4	9,6	14,3	4,3	2,3
Charges							
Budget global	71,9	73,6	75,4	77,1	2,3	2,5	2,2
dont budget principal	63,3	64,8	66,5	68,1	2,3	2,6	2,4
dont titre 1 : charges de personnel	41,7	42,9	44,1	44,9	2,8	2,7	1,8
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,5	8,8	9,2	9,6	3,7	4,1	4,9
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,4	6,6	6,6	6,8	3,2	0,9	2,5
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,7	6,5	6,6	6,7	-3,4	1,3	2,0
Résultat de l'exercice							
Budget global	0,089	-0,102	-0,247	-0,411	-	-	-
dont budget principal	-0,140	-0,324	-0,385	-0,618	-	-	-
dont budget annexe	0,229	0,221	0,138	0,207	-	-	-

* Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré).

Des charges plus dynamiques que les produits

En 2015, les charges du secteur public sont estimées à 77,1 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. En 2015 comme en 2014 et en 2013, l'évolution des charges est supérieure à celle des produits : +2,2 % pour les charges, contre +2,0 % pour les produits.

Comme en 2014, la progression des charges s'explique en partie par une augmentation des charges à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, titre 2) qui progressent de 4,9 % contre 4,1 % en 2014. Ces charges s'élèvent à 9,6 milliards d'euros en 2015. Les dépenses de personnel (titre 1), qui représentent le premier poste de dépenses, progressent modérément (+1,8 % en 2015 contre +2,7 % en 2014). Pour le seul budget principal, ces charges s'élèvent à 44,9 milliards d'euros. Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) progressent de 2,5 % en 2015 et atteignent 6,8 milliards d'euros pour le budget principal. Quant aux charges d'amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles (titre 4), elles progressent en 2015 (+2,0 %) pour atteindre 6,7 milliards d'euros.

Les investissements baissent à nouveau en 2015

Les investissements représentent 4,4 milliards d'euros en 2015 et la part des dépenses d'investissement

rapportées aux produits continue de baisser depuis 2010 comme demandé dans le cadre de la stratégie nationale d'investissement. Elle s'établit à 6,6 % en 2015 contre 7,1 % en 2014 (graphique 2). Cette part diminue depuis 2009, où elle atteignait 10,9 %. Précédemment, l'effort d'investissement a été très soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion de plans nationaux d'investissements (plan Hôpital 2007 et plan Hôpital 2012).

L'encours de la dette en voie de stabilisation

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentit encore pour atteindre 29,7 milliards d'euros en 2015 (contre 29,3 Mds € en 2014), dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), se stabilise autour de 50 % depuis 2012, après s'être significativement amélioré depuis le début de la décennie 2000 suite à la hausse des investissements (graphique 3).

Méthodologie

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics, fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) et issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public (hors hôpitaux militaires).

L'analyse est essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, EPRD).

Titres de produits :

- Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- Titre 2 : autres produits de l'activité hospitalière (produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non assurés sociaux en France) ;
- Titre 3 : autres produits.

Titres de charges :

- Titre 1 : charges de personnel ;
- Titre 2 : charges à caractère médical ;
- Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général ;
- Titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles.

Les données reçues des comptes des hôpitaux sont retraitées de deux manières :

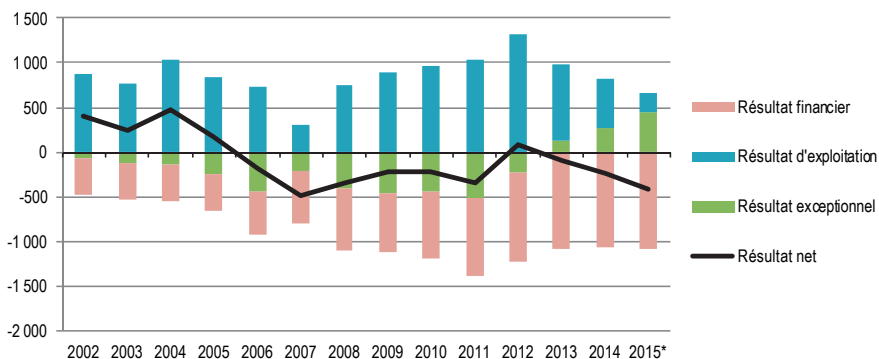
- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des charges et des produits. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits serait surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intragroupes.
- Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2014 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 932 en 2012, 920 en 2013 et 900 en 2014, 887 en 2015.

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et 2014 », *Les dépenses de santé en 2014, résultats des comptes de la santé – édition 2015*, Études et Statistiques, DREES.

Graphique 1 Décomposition du résultat des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

En millions d'euros



Le **résultat net** est égal à la somme de trois composantes :

- Le **résultat d'exploitation** fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement ;
- Le **résultat exceptionnel** comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation) et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles ;
- Le **résultat financier** concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

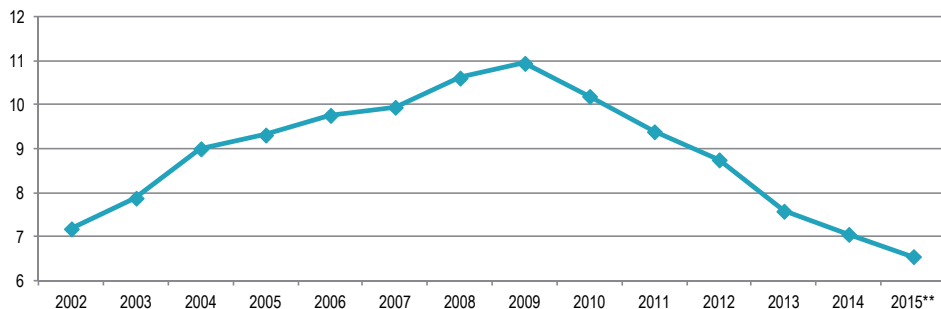
* Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré).

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

En % des produits



* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.

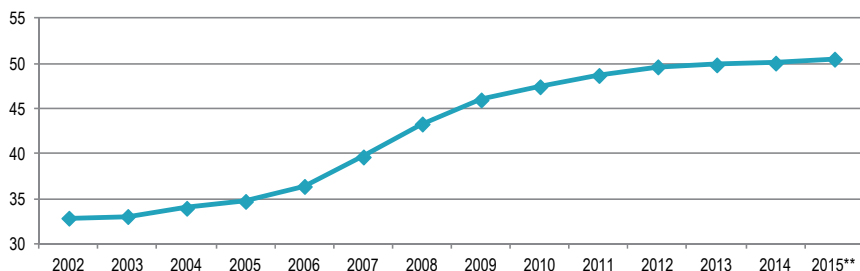
** Données provisoires

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré).

Graphique 3 Évolution du taux d'indépendance financière* des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

En % des ressources stables



* Taux d'indépendance financière : part des dettes au sein des ressources stables.

** Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France métropolitaine et DOM.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré).

Le secteur hospitalier français se répartit en établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif plus communément appelés cliniques privées. Ces dernières représentent, en 2014, environ un quart des lits et places du secteur hospitalier et 5,5 des 13,8 millions de patients hospitalisés, soit près de quatre patients sur dix.

Cette fiche s'intéresse à la situation économique des cliniques privées à but lucratif en 2014, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elle s'appuie sur les comptes de 729 cliniques sur les 1 027 identifiées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [cf. encadré] afin d'inférer la situation économique de l'ensemble. Elle couvre à la fois la Métropole et les DOM.

Depuis 2013, une hausse de la rentabilité...

En 2014, le chiffre d'affaires total des cliniques à but lucratif s'établit à 14,0 milliards d'euros (tableau).

Les cliniques dont l'activité principale correspond aux soins de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) réalisent plus des trois quarts de ce chiffre d'affaires. Les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui s'occupent, selon la définition donnée par l'ATIH, de « maladies à évolution prolongée, convalescence, repos et régime, rééducation fonctionnelle et réadaptation, lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires, cures thermales, cures médicales, cures médicales pour enfants, post-cures pour alcooliques », couvrent 18 % du chiffre d'affaires total. Enfin, les cliniques psychiatriques n'en représentent que 6 %.

En 2014, la rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée à 3,6 %. Après une première amélioration de 0,4 point en 2013, elle augmente de nouveau de 1,3 point en 2014 (graphique 1). Cette embellie concerne l'ensemble des secteurs d'activité, dont les niveaux de rentabilité restent toutefois très variables. La rentabilité des cliniques du secteur de MCO (3 %) augmente de 1,5 point par rapport à 2013. La rentabilité nette des

cliniques de SSR s'accroît régulièrement depuis 2012 pour atteindre 5,3 % en 2014 (+1,4 point depuis 2013). Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2014 (6,2 %, +0,3 point).

... liée à la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi

Pour les années 2013 et 2014, l'amélioration du résultat net est la conséquence d'une augmentation de l'excédent brut d'exploitation (EBE) mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement. L'EBE se calcule à partir du chiffre d'affaires dont on déduit notamment les charges de personnel, les impôts liés à l'exploitation (i.e. l'activité) et les achats-fournitures qui lui sont nécessaires en dehors de l'amortissement. L'EBE traduit donc la capacité d'une entreprise à générer des ressources de trésorerie du seul fait de son activité, sans tenir compte de sa politique de financement ou d'amortissement.

Contrairement aux années précédentes, l'EBE enregistre une hausse de 0,9 point en 2013 et de 0,6 point en 2014. Il est estimé à 6,5 % en 2013 et à 7,1 % en 2014. Cet accroissement de l'EBE s'explique en grande partie par la baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel, elle-même liée à la mise en place, en 2013, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Considérant que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis l'ont neutralisé en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers.

Toutefois, une clinique sur cinq est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. En 2014, un cinquième des cliniques sont en déficit. Cette part baisse depuis 2013 (21 % en 2014 et 24 % en 2013, contre 28 % en 2012). Elle atteint 23 % en MCO comme en SSR, contre 10 % en psychiatrie.

Tableau Comptes de résultat des cliniques privées à but lucratif

Montants en millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (en milliards d'euros)	12 508	13 050	13 583	13 938	13 991
Nombre de cliniques	1 084	1 076	1 064	1 039	1 027
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,0	-45,3	-45,2	-44,8	-45,0
dont achats consommés	-17,7	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1
dont autres achats et charges externes	-27,3	-27,9	-28,0	-28,1	-28,0
dont variation de stocks	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Frais de personnel (en % du CA)	-44,0	-43,9	-43,9	-43,3	-42,9
dont salaires bruts	-31,2	-31,0	-31,2	-31,6	-31,3
dont charges sociales	-12,8	-12,9	-12,8	-11,7	-11,6
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0	-5,1	-5,3	-5,3	-5,1
dont impôts, taxes et versements assimilés	-5,7	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9
dont subvention d'exploitation	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,8	-2,1	-2,2	-2,2	-2,0
RESULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	4,4	3,7	3,5	4,3	4,9
RESULTAT FINANCIER (en % du CA)	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	0,0
produits financiers	0,6	1,0	0,9	0,6	0,8
charges financières	-1,1	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7
RESULTAT COURANT (exploitation + financier)	4,0	3,4	3,2	4,0	5,0
RESULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	-0,2	1,1	0,1	-0,5	0,0
produits exceptionnels	2,5	3,0	2,1	2,1	1,9
charges exceptionnelles	-2,6	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4	-1,5	-1,2	-0,9	-1,0
RESULTAT NET (en % du CA)	2,0	2,6	1,8	2,2	3,6

Chiffre d'affaires (CA) : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

Achats et charges externes : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, etc.

Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. Il est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

Résultat net (comptable) : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

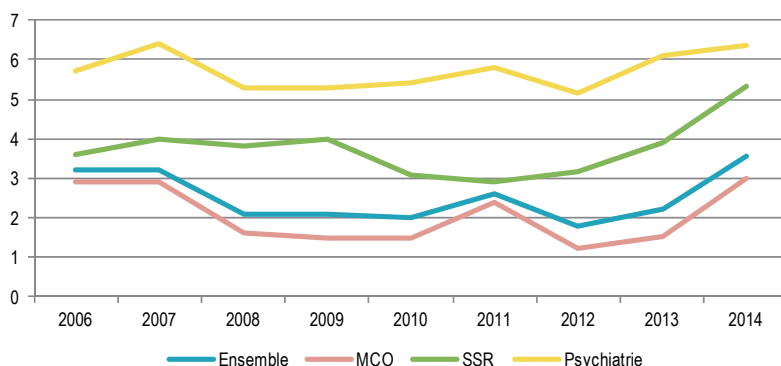
Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits apparaissent en positif et les charges en négatif.

Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Source > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2010-2014, calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées

En % du chiffre d'affaires



Rentabilité nette : rapport du résultat net au chiffre d'affaires.

Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Source > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Leurs investissements continuent de ralentir...

La capacité d'autofinancement (CAF), qui mesure les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, progresse depuis 2013 : elle atteint près de 6 % du chiffre d'affaires en 2014 (graphique 2). Elle augmente pour toutes les catégories d'établissements. Pour les cliniques en MCO, elle est passée de 3,8 % en 2012 à 4,9 % en 2013 et à 5,6 % en 2014. Pour les cliniques de SSR, elle s'accroît de 1,5 point au total entre 2012 et 2014 pour atteindre 6,6 % du chiffre d'affaires. Celle des cliniques psychiatriques reste à un niveau élevé (8,6 %, soit +1,3 point en deux ans).

Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, qui correspond au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, continue son ralentissement observé depuis 2007. En 2014, l'investissement ne représente plus que 4,1 % du chiffre d'affaires, contre 10,7 % en 2006 (graphique 3). La baisse de 2014 concerne surtout les cliniques de psychiatrie et de SSR. Pour les cliniques de MCO, l'effort

d'investissement augmente modérément, passant de 4,1 % du chiffre d'affaires à 4,3 %.

... et leur endettement de diminuer

En parallèle de la baisse des investissements, l'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, continue de diminuer en 2014 pour atteindre 35 % des capitaux permanents, contre 40 % en 2013 (graphique 4) ; à titre de comparaison, ce taux atteint 50 % pour les hôpitaux publics. Cette baisse de l'endettement concerne principalement les cliniques en MCO et en SSR, secteurs où la baisse de l'investissement a été la plus marquée : l'endettement des cliniques en MCO et en SSR représente respectivement 38 % et 27 % des capitaux permanents en 2014, contre 43 % et 36 % en 2013. Celui des cliniques de psychiatrie augmente en revanche légèrement en 2014, pour s'établir à 29 %.

Méthodologie

Champ

Les comptes des cliniques privées, *via* leurs liasses fiscales, sont transmis aux tribunaux de commerce. Ces données en 2014 concernent les cliniques privées de France métropolitaine et des DOM. Elles ont été croisées avec l'enquête SAE 2014 afin de récupérer l'activité et les capacités des cliniques privées. Elles sont encore provisoires et non exhaustives, car les cliniques transmettent leurs liasses fiscales parfois avec retard. Pour 2014, un échantillon de 729 cliniques ayant déposé leurs comptes est donc disponible. Un redressement des données par calage sur marges permet néanmoins de rendre l'échantillon représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne ainsi une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques, ainsi que des différents indicateurs financiers.

Répartition par discipline

Les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée pour chaque grand domaine, en considérant le nombre de journées et de venues pour la chirurgie, la médecine, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD) et le nombre de séances pour la dialyse et la radiothérapie. Les choix de classification sont les suivants :

- **Secteur de MCO** : cliniques pluridisciplinaires ou spécialisées à dominante MCO, cliniques de dialyse monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de dialyse) ; cliniques de radiothérapie monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de radiothérapie) ; hospitalisation à domicile (HAD). Selon le décret du 2 octobre 1992, « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »
- **Secteur hors MCO** :
SSR : cliniques dont l'activité est à dominante soins de suite et de réadaptation.
PSY : cliniques dont l'activité est à dominante psychiatrie.

Pour en savoir plus

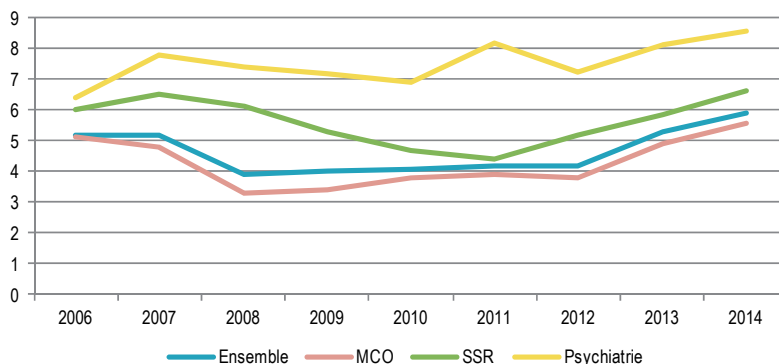
Yilmaz E., 2015, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2013 », *Les dépenses de santé en 2014, résultats des comptes de la santé – édition 2015*, Études et Statistiques, DREES, septembre.

Les établissements de santé – édition 2016, coll. Panoramas de la DREES – Santé, juillet.

ATIH, Chiffres clés 2014.

Graphique 2 Évolution de la capacité d'autofinancement des cliniques privées

En % du CA



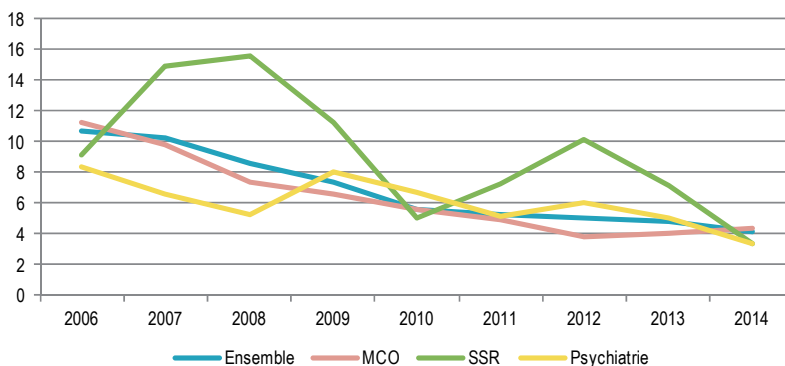
Capacité d'autofinancement (CAF) : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Source > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Graphique 3 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées

En % du CA

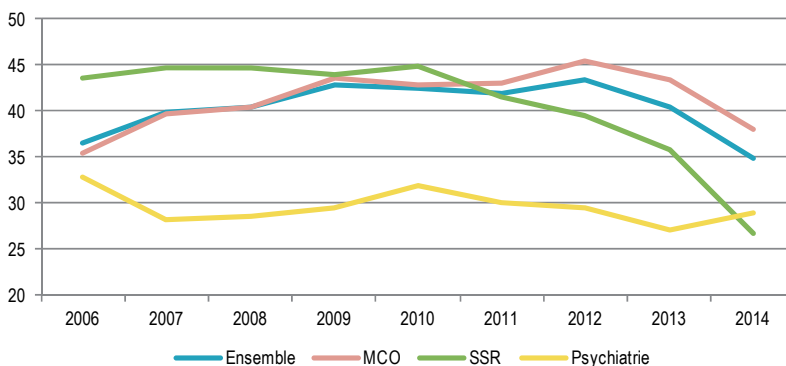


Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Source > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Graphique 4 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées

En % des capitaux permanents



Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DOM présentes dans la SAE.

Source > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Le financement de la CSBM

Des taux de prise en charge variables d'un poste de soins à l'autre pour chaque acteur du système

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de santé est très variable d'un poste de dépense à l'autre. Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), le taux moyen de prise en charge (76,8 % en 2015, tableau 1) recouvre des valeurs disparates selon le type de dépense considéré : cette part varie de 43,0 % pour les autres biens médicaux (optique comprise) à 93,1 % pour les transports sanitaires de malades.

Par symétrie, les taux de prise en charge de la dépense par les autres financeurs (organismes complémentaires, État et organismes de base gérant la CMU-C), d'une part, et par les ménages, c'est-à-dire le reste à charge en santé, d'autre part, varient aussi selon le type de soins considéré.

Alors que la part des organismes complémentaires (OC) dans le financement de la CSBM atteint globalement 13,3 % en 2015 (fiche 27), celle-ci est aussi fortement différenciée selon le type de soins considéré. Elle varie ainsi de 3,8 % pour les transports sanitaires à 39,0 % pour les autres biens médicaux. Sur le champ des soins de ville, le taux de prise en charge par ces organismes atteint 21,7 % en 2015.

Les dépenses de l'État recouvrent les prestations versées aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière (soins d'urgence, aide médicale – AME). L'État et les organismes de base au titre de la CMU-C (fiche 30) financent au total 1,4 % de la CSBM.

Enfin, le reste à charge des ménages représente au global 8,4 % de la CSBM en 2015 (fiche 28), mais varie, par grand poste, de 2,2 % pour les transports sanitaires à 17,3 % pour les autres biens médicaux.

Une répartition de la dépense par type de soins très contrastée d'un financeur à l'autre

Le principal poste de financement au sein de la CSBM diffère pour les acteurs du système. Pour la Sécurité sociale, l'État et les organismes de base gérant la CMU-C, il s'agit des soins hospitaliers (respectivement pris en charge à 55,4 % et à 39,6 % en 2015, tableau 2), alors que pour les OC et les ménages, le premier poste de dépenses est constitué des soins de ville (respectivement 42,2 % et 35,9 %). Les médicaments représentent 35,3 % de la dépense des ménages. Les soins dentaires représentent, tant pour les organismes complémentaires que pour les ménages, une part de leur budget santé près de trois fois supérieure (respectivement 16,6 % et 14,8 % de leurs dépenses) à la part des soins dentaires dans la CSBM (5,5 %). Cela est à rapprocher du faible niveau de remboursement par la Sécurité sociale des soins prothétiques, les soins dentaires (y compris les remboursements au titre des soins conservateurs, non susceptibles de dépassement) ne représentant globalement que 2,4 % des dépenses de l'assurance maladie sur le champ de la CSBM.

Une structure de financement par acteur globalement stable depuis 2001

La structure de financement de la CSBM est affectée, d'une part, par des phénomènes de fond liés notamment au vieillissement de la population tels que la progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD), la déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés..., d'autre part, par les effets des différentes mesures législatives portant sur l'assurance maladie (mesures de régulation, remboursement de nouveaux actes et traitements innovants...).

S'agissant des dépenses hospitalières, la part de la Sécurité sociale a globalement diminué depuis 2001 en lien notamment avec les augmentations du forfait journalier en 2007 et 2010, ainsi qu'au relèvement en 2011 du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds. Cette diminution s'est reportée sur la part prise en charge par les OC, qui a augmenté de 1,5 point depuis 2001.

Sur le champ des soins de ville, la part de la Sécurité sociale a diminué de 0,7 point entre 2001 et 2011, avec une baisse significative en 2008, en raison notamment de la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. À compter de 2012, cette part augmente, en lien entre autres avec les effets de la mise en œuvre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments a globalement augmenté depuis 2001, malgré une diminution significative en 2008, en raison d'importants déremboursements intervenus en 2006 et de la mise en place de la franchise en 2008. À partir de 2009, cette part augmente à nouveau, en lien avec le remboursement des médicaments coûteux. Elle augmente fortement en 2014 (+1,3 point) à la suite de l'introduction de nouveaux traitements contre l'hépatite C. Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué de 4,3 points entre 2001 et 2014 tandis que le reste à charge des ménages sur ce poste a progressivement augmenté.

Sur le champ des autres biens médicaux, les parts de la Sécurité sociale et des OC ont significativement augmenté depuis 2001 en lien notamment avec le vieillissement de la population, le développement de l'hospitalisation à domicile, les progrès technologiques, les modifications des prises en charge et des prix (fiche 17)... En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est nettement réduit (baisse de 20 points depuis 2001), mais demeure relativement élevé (17,3 %).

Enfin, la part de la Sécurité sociale dans la dépense de transports, prépondérante compte tenu du nombre élevé de patients en ALD ayant recours à ces services, a diminué depuis 2001. Le reste à charge des ménages sur ce poste y est donc faible, quoiqu'en hausse depuis 2001.

Tableau 1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

En %

	2001	2004	2007	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble de la CSBM									
Sécurité sociale	77,0	77,4	76,9	76,3	75,8	75,9	76,2	76,7	76,8
État, CMU-C org. de base	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Organismes complémentaires	12,1	12,7	13,0	13,4	13,6	13,7	13,7	13,4	13,3
Ménages	9,7	8,7	8,8	9,0	9,3	9,1	8,8	8,6	8,4
Soins hospitaliers									
Sécurité sociale	92,5	92,9	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,3
État, CMU-C org. de base	0,9	0,9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	3,7	3,9	4,7	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3	5,2
Ménages	2,9	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	2,4	2,5	2,3
Soins de ville*									
Sécurité sociale	65,4	65,1	64,0	63,4	63,0	63,3	63,6	64,2	64,7
État, CMU-C org. de base	1,7	1,7	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0
Organismes complémentaires	20,3	21,5	21,0	22,0	22,4	22,3	22,2	21,9	21,7
Ménages	12,7	11,8	13,1	12,8	12,9	12,6	12,4	12,0	11,7
Médicaments									
Sécurité sociale	66,0	67,6	69,0	67,3	66,9	67,1	67,7	69,0	68,8
État, CMU-C org. de base	1,7	1,5	1,4	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5
Organismes complémentaires	17,8	16,8	16,4	15,8	15,0	14,7	14,3	13,5	12,8
Ménages	14,5	14,1	13,3	15,7	16,8	16,9	16,8	16,2	17,0
Autres biens médicaux**									
Sécurité sociale	36,1	39,8	41,1	41,3	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0
État, CMU-C org. de base	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Organismes complémentaires	25,5	31,0	32,4	34,1	35,6	37,5	38,4	37,7	39,0
Ménages	37,5	28,4	25,7	23,9	22,9	20,9	19,1	19,1	17,3
Transports de malades									
Sécurité sociale	95,4	94,3	93,8	93,2	93,0	93,0	92,9	93,0	93,1
État, CMU-C org. de base	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Organismes complémentaires	3,6	3,6	4,2	4,7	4,6	4,5	4,4	4,2	3,8
Ménages	0,4	1,4	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	1,9	2,2

* Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades.

** Y compris optique.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la CSBM et de la dépense de chacun de ses principaux financeurs en 2015

En %

	Sécurité sociale	Organismes complémentaires	État, CMU-C org. de base	Ménages	Dépense totale
Soins hospitaliers	55,4	18,3	39,6	12,8	46,7
Soins de ville	21,9	42,2	36,4	35,9	26,0
Soins de médecins et de sages-femmes	9,3	15,2	14,8	12,5	10,4
Soins d'auxiliaires médicaux	7,8	6,3	4,4	7,8	7,5
Soins dentaires	2,4	16,6	14,0	14,8	5,5
Laboratoires d'analyses	2,0	4,1	3,3	0,8	2,2
Transports de malades	2,9	0,7	1,6	0,6	2,4
Médicaments en ambulatoire	15,6	16,7	18,2	35,3	17,5
Autres biens médicaux en ambulatoire *	4,2	22,0	4,3	15,4	7,5
CSBM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Y compris optique.

Source > DREES, Comptes de la santé.

La part prise en charge par la Sécurité sociale augmente de nouveau en 2015

Le taux moyen de prise en charge par la Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la CAMIEG et de l'Alsace-Moselle) s'élève à 76,8 % en 2015 (tableau 1).

Entre 2004 (77,4 %) et 2011 (75,8 %), ce taux a diminué, en lien avec les mesures d'économies mises en œuvre (fiche 24). Entre 2011 et 2014 (76,7 %), la tendance s'est inversée, en raison notamment du dynamisme des dépenses les mieux prises en charge (soins hospitaliers, soins infirmiers, transports, médicaments coûteux) et de la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) ; ces deux facteurs structurels étant également liés au vieillissement de la population.

En 2015, la tendance à la hausse se poursuit et le taux de prise en charge par la Sécurité sociale atteint 76,8 %.

Les **soins hospitaliers** sont caractérisés par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement (91,3 %), part relativement stable depuis cinq ans (tableau 2).

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à 64,7 % par la Sécurité sociale en 2015. Cette part augmente depuis 2012, sous l'effet des facteurs structurels mentionnés précédemment. Sa croissance est également portée par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), dont la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement. Enfin, cette croissance est accentuée en 2015 par le ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins et le recul de ceux des dentistes (fiches 3, 4 et 10).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** diminue en 2015 pour atteindre 68,8 %. Cette part augmentait depuis 2009, en lien avec la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente (fiche 15). En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. En 2015, ce taux diminue, à la fois en raison de déremboursements de

médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables (fiche 13).

Pour les **autres biens médicaux**, la part de la Sécurité sociale s'établit à 43,0 % en 2015. Sur les dernières années, la croissance de cette part est due à un effet de structure : l'optique (dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est de 3,8 % en 2015) croît moins vite que les autres biens médicaux, hors optique (pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur : 71,1 % en 2015). En effet, cet effet de structure haussier l'emporte sur l'évolution baissière des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale observable sur l'optique (fiche 17) et les autres biens médicaux (hors optique). La diminution observée sur ce dernier agrégat est à relier au fait que les postes dont le taux de remboursement est le moins élevé (dispositifs pour l'apnée du sommeil, pansements, orthèses...) font partie des plus dynamiques.

Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans la dépense de **transports de malades** (93,1 %) s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services.

La Sécurité sociale consacre près de 150 milliards d'euros au financement de la CSBM

En 2015, le financement de la CSBM par la Sécurité sociale s'élève à 149,5 milliards d'euros, en croissance de 2,0 % par rapport à 2014. Sur ce champ, les soins hospitaliers constituent le principal poste de dépense de la Sécurité sociale (55 % de ses dépenses, graphique 1), suivis des soins de ville (22 %), des médicaments (16 %), des autres biens médicaux (4 %) et des transports de malades (3 %). Cette structure se déforme : depuis 2010, la part consacrée aux médicaments diminue, au profit notamment de celles des autres biens médicaux et des soins de ville.

Le financement de la CSBM représente en 2015 près de 26 % des dépenses totales de la Sécurité sociale toutes fonctions confondues (santé, vieillesse, famille, etc. graphique 2). Après un point bas à 25,2 % atteint en 2012 et 2013, la part des dépenses de la Sécurité sociale consacrées à la consommation de soins et de biens médicaux remonte en 2014 et 2015, dans un contexte de faible inflation modérant les autres dépenses (indemnités journalières, allocations familiales, pensions...).

Dans les comptes de la santé, la Sécurité sociale correspond à l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, auxquels sont adjoints le régime local d'Alsace-Moselle et le régime complémentaire des industries électriques et gazières (CAMIEG). En revanche, les dépenses des régimes de base au titre de la CMU-C (en très grande partie financées par le Fonds CMU) sont retracées avec les autres financements publics. Par ailleurs, le financement de la Sécurité sociale inclut implicitement le déficit hospitalier (cf. annexe 1).

Pour en savoir plus

Mikou M., Roussel R., 2015, « Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ? », *Les dépenses de santé en 2014 – édition 2015*, DREES, septembre.

Tableau 1 Financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% de la dépense 2015
Ensemble	132 322	135 547	138 679	141 799	146 531	149 482	76,8
<i>évolution</i>		2,4%	2,3%	2,2%	3,3%	2,0%	
Soins hospitaliers	73 469	75 185	77 073	78 951	81 165	82 849	91,3
Soins de ville	27 792	28 794	29 758	30 710	31 719	32 702	64,7
Soins de médecins	12 228	12 702	12 791	13 035	13 449	13 781	68,4
Soins d'auxiliaires médicaux	8 750	9 143	9 766	10 403	10 918	11 392	79,4
Soins de dentistes	3 307	3 360	3 385	3 401	3 450	3 577	33,4
Autres soins et contrats	805	821	1 343	1 435	1 517	1 562	93,8
Analyses	2 985	3 057	3 015	3 019	3 002	3 026	70,2
Transports de malades	3 491	3 584	3 790	3 984	4 103	4 273	93,1
Médicaments	22 685	22 897	22 737	22 501	23 548	23 353	68,8
Autres biens médicaux	4 885	5 087	5 321	5 653	5 996	6 304	43,0
Optique	226	228	229	233	239	235	3,8
Autres	4 659	4 859	5 091	5 420	5 757	6 069	71,1

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 Financement par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM

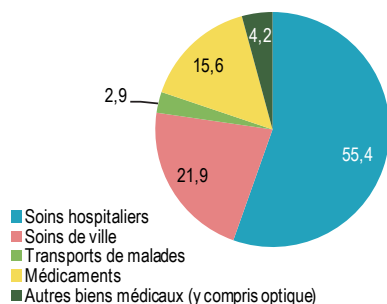
En %

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble	76,3	75,8	75,9	76,2	76,7	76,8
Soins hospitaliers	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,3
Soins de ville	63,4	63,0	63,3	63,6	64,2	64,7
Transports de malades	93,2	93,0	93,0	92,9	93,0	93,1
Médicaments	67,3	66,9	67,1	67,7	69,0	68,8
Autres biens médicaux (y compris optique)	41,3	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de financement du champ de la CSBM par la Sécurité sociale

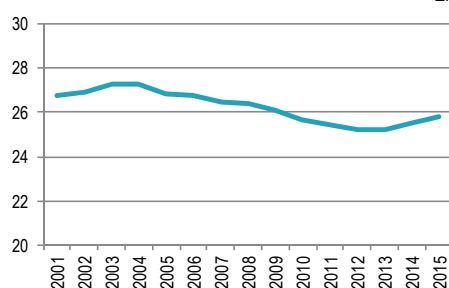
En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Part de la dépense de la Sécurité sociale consacrée au financement de la CSBM

En %



Sources > DREES, Comptes de la santé ; INSEE, Comptes nationaux pour le total des dépenses des administrations de Sécurité sociale, toutes fonctions confondues.

Quel indicateur pour la part de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé ?

La part des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale, sur un panier de biens considérés, peut être calculée sur différents concepts de dépense : dépense reconnue, dépense présentée au remboursement, ou consommation totale (fiche 26). Le concept retenu dans les comptes de la santé est celui de la consommation totale, qui reflète la consommation réelle et non une fraction de celle-ci, et n'est donc pas sensible aux effets de champ (par exemple, un déremboursement). Cf. éclairage de l'ouvrage cité en bibliographie pour plus de développement.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'établit à 194,6 milliards d'euros en 2015.

Elle est essentiellement constituée de la **dépense remboursée**, qui représente les prestations versées par les organismes de Sécurité sociale (149,5 milliards d'euros, soit 76,8 % de la CSBM) et par l'État (aide médicale d'État, invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière – 0,8 milliard d'euros, soit 0,4 % de la CSBM). Au total, la dépense remboursée s'établit à 150,3 milliards d'euros en 2015 (tableau).

Le quart restant de la CSBM est pris en charge par les ménages, les organismes complémentaires et les organismes (de base et complémentaires) assurant des remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire. Il peut être subdivisé en trois grands ensembles de dépenses.

- **Le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises** représentent 21,0 milliards d'euros en 2015, soit 10,8 % de la CSBM. L'intégration de ces co-paiements permet de passer de la dépense remboursée à la **dépense reconnue**, c'est-à-dire à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires.
- **Les dépassements** sont constitués des dépassements d'honoraires (3,1 milliards d'euros) et de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (11,9 milliards). La somme de la dépense reconnue et des dépassements correspond à la **dépense présentée au remboursement**, c'est-à-dire à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée. Elle représente 95,8 % de la CSBM.
- 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 feuilles de soins aux caisses ; la **dépense non remboursable** est principalement constituée de médicaments, de certains soins dentaires (parodontologie, implants), des soins de praticiens non conventionnés ou encore d'ostéopathie... La **CSBM** est égale à la somme de la dépense présentée et de la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (8,2 milliards, soit 4,2 % de la CSBM).

La structure des dépenses diffère fortement selon le type de soins considéré

Les dépenses de soins hospitaliers sont principalement remboursées par l'assurance maladie et l'État (91,8 % de la consommation – hors chambres particulières, non incluses dans la CSBM, graphique). En établissements de santé, le ticket modérateur et le forfait journalier représentent en moyenne 6,5 % de la consommation ; en revanche, les dépassements sont globalement faibles sur ce poste (1,1 %), de même que la dépense non remboursable ou non présentée (0,6 %).

La part prise en charge par l'assurance maladie et l'État atteint 64,9 % de la consommation de soins de ville au sens des comptes de la santé (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades). Le ticket modérateur, les franchises et les participations forfaitaires représentent 16,3 % de cette consommation. Ils s'ajoutent aux dépassements et à la dépense non remboursable ou non présentée qui constituent respectivement 13,6 % et 5,1 % des dépenses de soins de ville.

Sur le médicament, la Sécurité sociale et l'État prennent en charge 69,1 % de la dépense en 2015, tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent 16,7 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits), et marginalement les médicaments non présentés, représentent au total 14,3 % de la consommation en 2015.

La fraction des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et l'État pour les autres biens médicaux atteint 43,1 % en 2015 : la part remboursée est très faible pour l'optique (3,8 %) et nettement plus importante pour les autres biens (71,1 %). Les dépassements par rapport à la base de remboursement sont très importants sur ce poste (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent la moitié de la consommation.

Enfin, les transports de malades sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'assurance maladie et l'État : leur taux de prise en charge atteint 93,3 %. Ce haut niveau de remboursement s'explique par la proportion très importante de patients en affection de longue durée (ALD), remboursés à 100 %, qui ont recours à ce service.

Tableau CSBM et dépense remboursée par la Sécurité sociale et l'État en 2015

En milliards d'euros

	Dépense de base remboursée (S.S. + Etat)* (1)	Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires, franchises** (2)	Dépense reconnue (3) = (1)+(2)	Dépassements (4)	Dépense présentée au remboursement (5) = (3)+(4)	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (6)	CSBM (7)=(5)+(6)
Soins hospitaliers	83,4	5,9	89,3	1,0	90,3	0,5	90,8
Soins hospitaliers - Sect. public	65,0	5,1	70,1	0,0	70,1	0,0	70,1
Soins hospitaliers - Sect. privé	18,4	0,8	19,2	1,0	20,1	0,5	20,7
Soins de ville	32,8	8,2	41,1	6,9	48,0	2,6	50,5
Soins de médecins	13,9	3,9	17,8	2,1	19,9	0,4	20,2
Soins d'auxiliaires médicaux	11,6	2,0	13,6	0,1	13,7	0,9	14,7
Soins de dentistes	3,6	1,1	4,7	4,7	9,4	1,3	10,7
Autres soins et contrats	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6
Analyses	3,0	1,3	4,3	0,0	4,3	0,0	4,3
Transports de malades	4,3	0,2	4,5	0,0	4,5	0,1	4,6
Médicaments	23,5	5,7	29,1	0,0	29,1	4,8	34,0
Autres biens médicaux ***	6,3	1,0	7,3	7,2	14,5	0,2	14,7
CSBM	150,3	21,0	171,3	15,1	186,4	8,2	194,6

* Sécurité sociale : régimes de base et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG ; pour la CAMIEG, on ne distingue pas la part prise en charge de la dépense reconnue de la part correspondant à la prise en charge de certains dépassements. Les dépenses remboursées par les organismes de base au titre de la CMU-C ne sont pas incluses ici mais dans la colonne suivante.

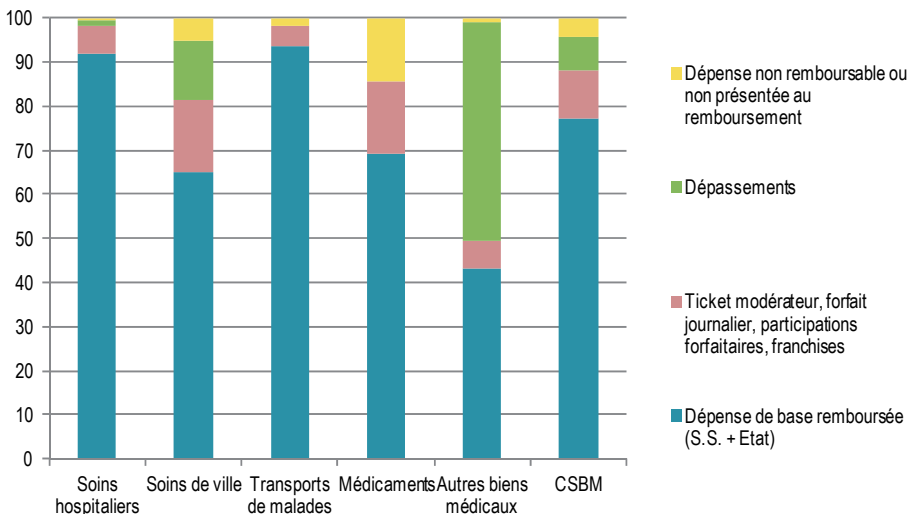
** Y compris remboursements au titre de la CMU-C organismes de base.

*** Y compris, ici, optique.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique Part des différents types de dépenses dans la CSBM selon le poste de soins en 2015

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Les organismes complémentaires (OC), qui couvrent 95 % des ménages en 2012 selon l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, regroupent les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. Ils ont versé au total 26,0 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2015 (tableau) et financent ainsi 13,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Les prestations versées par les OC ont augmenté entre 2014 et 2015 (+1,4 %) mais moins vite que la CSBM (+1,8 %), et ce, pour la deuxième année consécutive. La part du financement des OC dans la CSBM a donc légèrement diminué depuis son point haut atteint en 2013 (13,7 %). La faible croissance des prestations versées par les OC en 2015 s'explique en partie par la réforme de la couverture santé des travailleurs frontaliers suisses : un certain nombre de ces travailleurs, qui auparavant étaient intégralement couverts par une assurance santé privée (dite « au 1^{er} euro »), ont été obligés de s'affilier à la Sécurité sociale, ce qui a représenté une perte d'activité pour les OC et des prestations moindres. La réforme des « contrats responsables » a également réduit la prise en charge des OC pour les soins de médecins notamment.

Une prise en charge par les OC très différenciée par poste de dépense et en évolution

Au niveau agrégé, les **autres biens médicaux** sont le poste où les OC interviennent proportionnellement le plus puisqu'ils financent, en 2015, 39,0 % de cette dépense (graphique 1), relativement peu prise en charge par l'assurance maladie de base. Sur ce champ, la part des OC a peu augmenté depuis 2012, après avoir crû pendant de nombreuses années (elle s'établissait à 32,7 % en 2006 et à environ 26 % en 2000). Outre la limitation des garanties les plus généreuses, les OC ont également mis en place des réseaux de soins qui leur permettent de modérer certaines de leurs prestations, notamment en optique.

Les OC financent également 21,7 % des **soins de ville** (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoires). La part des OC dans le financement des soins dentaires (soins et prothèses, 40,3 % en 2015) a augmenté depuis plusieurs années (+5 points depuis 2006). En revanche, la prise en charge par les OC des soins de médecins (19,5 % en 2015) a reculé par rapport à 2014 (20,2 %). Depuis 2015, la législation sur les « contrats responsables » impose en effet aux OC de plafonner les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Les OC prennent en charge 12,8 % de la dépense de **médicaments** en 2015. Malgré la hausse de leur taux de remboursement moyen des médicaments à 15 %, la prise en charge des médicaments par les OC est en baisse depuis 2006 (-4 points) en raison des franchises, des déremboursements et de la déformation de la structure de la consommation : la part des médicaments remboursés à 100 % dans les ventes totales augmente (fiche 15). En 2015, les déremboursements, notamment d'anti-arthrosiques, explique aussi pour partie la baisse de la prise en charge par les OC des médicaments.

La participation des OC aux **soins hospitaliers**, largement solvabilisés par l'assurance maladie, est nettement plus réduite (5,2 % des dépenses en 2015). Elle est stable depuis 2010 après avoir légèrement augmenté pendant quelques années. Leur participation aux **transports de malades** est également très faible (3,8 % en 2015) pour la même raison. Enfin, les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermique (chambre particulière, télévision ou téléphone...) et des prestations à la périphérie des soins de santé (ostéopathie...). L'ensemble de ces **prestations connexes à la santé**, qui ne font pas partie du champ de la dépense courante de santé, représentent 1,6 milliard d'euros en 2015.

Les mutuelles perdent des parts de marché

En 2015, les versements des mutuelles représentent 53 % des versements des OC, ceux des sociétés d'assurances 28 % et ceux des institutions de prévoyance 19 %. La part des mutuelles a reculé de 7 points depuis 2006, principalement au profit de celle des sociétés d'assurances (graphique 2). Les cotisations collectées sont la principale ressource des OC. Une grande partie de ces cotisations est reversée aux assurés sous forme de prestations. Le reste représente principalement les frais de fonctionnement des organismes. Les institutions de prévoyance sont la catégorie qui reverse la plus grande part des cotisations sous forme de prestations (graphique 3), ce qui s'explique surtout par la prépondérance dans leur portefeuille des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise), dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés. De ce fait, les institutions de prévoyance offrent aussi la prise en charge proportionnellement la plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique, généralement mieux couverts par les contrats collectifs.

Pour en savoir plus

La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016, coll. Panoramas de la DREES – santé, 2016.

Montaut A., 2016, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n° 952.

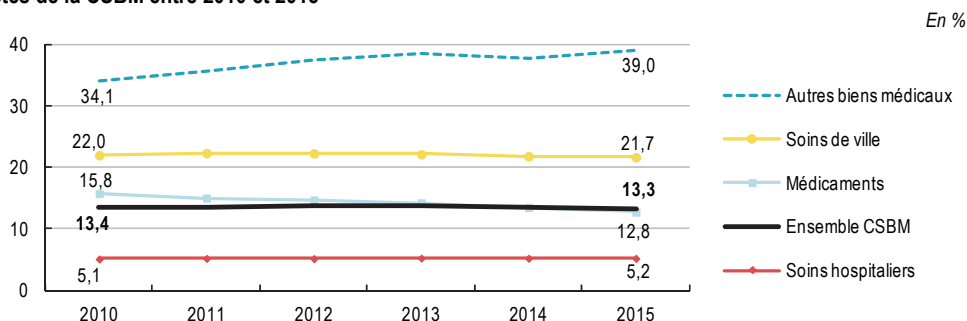
Montaut A., 2016, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2015 », DREES.

Tableau Financement des organismes complémentaires en 2015

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 716	7 207	5 036	25 959	13,3%
Soins hospitaliers	2 645	1 367	751	4 763	5,2%
Soins de ville	5 676	3 047	2 243	10 966	21,7%
Médecins	2 026	1 201	708	3 935	19,5%
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 145	1 110	1 065	4 320	40,3%
Auxiliaires médicaux	951	443	250	1 643	11,2%
Laboratoires d'analyses	554	293	220	1 067	24,7%
Médicaments	2 432	1 195	705	4 331	12,8%
Autres biens médicaux	2 857	1 548	1 319	5 724	39,0%
Optique	2 057	1 240	1 111	4 408	17,8%
Prothèses, orthèses, pansements...	800	307	208	1 315	15,4%
Transports de malades	106	50	18	174	3,8%
Prestations connexes à la santé	856	499	270	1 626	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	695	368	207	1 271	
Prestations à la périphérie des soins de santé	161	131	63	355	

Note > Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour... Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie...

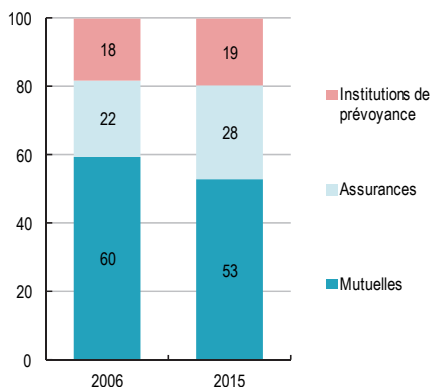
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la part des organismes complémentaires dans le financement des principaux postes de la CSBM entre 2010 et 2015

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du financement par type d'organismes

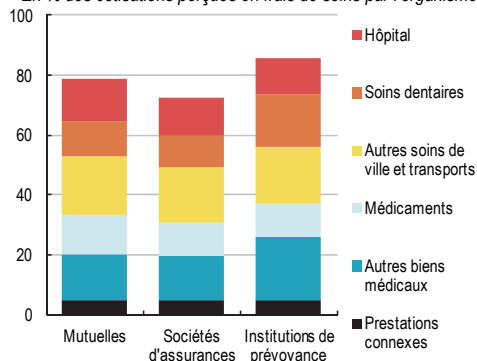
En % du financement de la CSBM par les OC



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Décomposition des prestations versées par les OC par type de soins en 2015

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Source > DREES, Comptes de la santé et rapport 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Le reste à charge (RAC) des ménages est évalué à 16,4 milliards d'euros pour l'année 2015, soit 8,4 % de la CSBM (tableau) ou 247 euros par habitant.

La part du reste à charge dans la CSBM diminue pour la quatrième année consécutive

Le reste à charge des ménages en proportion de la CSBM a connu quelques fluctuations ces dix dernières années, notamment de légers ressauts les années où des mesures significatives de régulation de la dépense portant sur les assurés ont été prises (participations forfaitaires en 2005, remboursements de médicaments à partir de 2006, franchises en 2008...). Toutefois, le reste à charge des ménages tend à diminuer, en lien avec des facteurs structurels tels que la plus grande dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins infirmiers, médicaments rétrocédés ou transports de malades) et la progression des effectifs de personnes exonérées du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD). Il atteint ainsi 8,4 % de la CSBM en 2015 et baisse pour la quatrième année consécutive (graphique 2). Les ménages consacrent en moyenne 1,21 % de leur revenu (revenu disponible brut des ménages, RDB) à leur reste à charge. La part des dépenses de soins dans le RDB baisse de 0,02 point en 2015.

Le reste à charge contrasté par poste de dépense

C'est pour les transports sanitaires (2,2 %) et l'hôpital (2,3 %) que les restes à charge des ménages sont les plus faibles en 2015 (graphique 1). Ils sont plus importants pour les autres biens médicaux (17,3 %), les médicaments (17,0 %) et les soins de ville (11,7 %). Le reste à charge sur ce dernier poste s'explique notamment par les soins dentaires, pour lesquels les ménages supportent 22,7 % de la dépense.

Du fait de taux de prise en charge très variables d'un poste à l'autre, la structure du reste à charge des ménages diffère fortement de celle de la CSBM : les soins hospitaliers, qui représentent près de la moitié de la CSBM, occupent une faible part dans le reste à charge des ménages (12,8 % du RAC, graphique 3). En revanche, les autres biens médicaux (15,4 %), les soins de ville (35,9 %) et les médicaments (35,3 %) représentent une part plus importante dans le RAC des ménages que dans la CSBM.

Le reste à charge baisse sur les soins de ville, mais augmente sur les médicaments

À l'inverse du reste à charge des **soins hospitaliers**, très stable depuis 2010, celui des **soins de ville**, qui s'établissait à 12,8 % en 2010 et 2011, diminue depuis 2012 en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages (graphique 1). Il s'établit à 11,7 % de la dépense en 2015. Son repli est accentué en 2015 par la modération des dépassements d'honoraires, en ralentissement pour les médecins et en recul pour les dentistes (fiches 3, 4 et 10).

En revanche, le reste à charge sur les **médicaments** a augmenté : 15,7 % en 2010, 16,8 % en 2013. Cela découle notamment du passage, en 2011, de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments. En 2014, le recul ponctuel du reste à charge sur les médicaments (-0,6 point) est essentiellement imputable à l'introduction de nouveaux traitements coûteux contre l'hépatite C, entièrement financés par l'assurance maladie. En 2015, le reste à charge sur les médicaments repart à la hausse, à la fois du fait de remboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars (en particulier les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente) et du dynamisme des autres médicaments non remboursables (fiche 13).

Quoique comparativement très élevé en proportion de la dépense, le reste à charge des ménages sur les **autres biens médicaux** diminue. Il passe de 23,9 % en 2010 à 17,3 % en 2015 malgré la baisse des taux de prise en charge de 2011 de 65 % à 60 %. Ce recul est lié à la montée en charge du rôle des complémentaires santé dans la prise en charge de l'optique médicale (fiche 17).

Le reste à charge des ménages sur les **transports** augmente depuis 2010 (1,3 %) et atteint 2,2 % en 2015.

Au sens de l'OCDE, le reste à charge est calculé sur la dépense courante de santé au sens international (DCSi, cf. annexe 1), agrégat plus large que la CSBM qui inclut aussi les soins de longue durée, les subventions au système de soins, les coûts de gestion et une partie des dépenses de prévention. Sur ce champ, le reste à charge atteint 7,0 % en 2014, soit 1,6 point de moins que le reste à charge au sens français, les éléments de la DCSi non compris dans la CSBM étant très majoritairement financés par des fonds publics.

Reste à charge des ménages

Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. La modification du niveau du reste à charge par rapport à l'an dernier résulte de l'intégration des lentilles non remboursables dans le champ des comptes de la santé (cf. annexe 2 sur les révisions).

Tableau Reste à charge des ménages

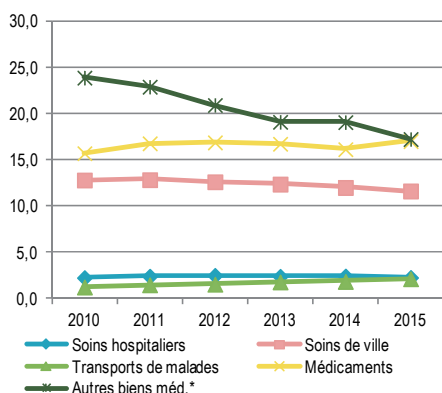
En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% de la dépense totale 2015 du poste considéré
Ensemble	15 644	16 566	16 604	16 334	16 431	16 405	8,4
Soins hospitaliers	1 839	2 015	2 141	2 111	2 192	2 101	2,3
Soins de ville	5 630	5 884	5 945	5 984	5 943	5 889	11,7
Soins de médecins	2 099	2 067	2 015	1 968	1 911	2 045	10,0
Soins d'auxiliaires médicaux	770	960	1 078	1 129	1 234	1 282	8,7
Soins de dentistes	2 642	2 715	2 696	2 720	2 651	2 431	22,7
Autres soins et contrats	5	0	1	1	1	1	0,2
Analyses	114	141	155	166	147	130	3,0
Transports de malades	48	58	65	78	83	100	2,2
Médicaments	5 303	5 748	5 722	5 570	5 518	5 784	17,0
Autres biens médicaux	2 824	2 860	2 731	2 591	2 695	2 532	17,3
Optique	1 938	1 896	1 770	1 591	1 634	1 469	23,9
Autres	886	965	961	1 001	1 060	1 064	12,5

Source > DREES, Comptes de la santé. Autres biens médicaux y compris, ici, optique.

Graphique 1 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En %

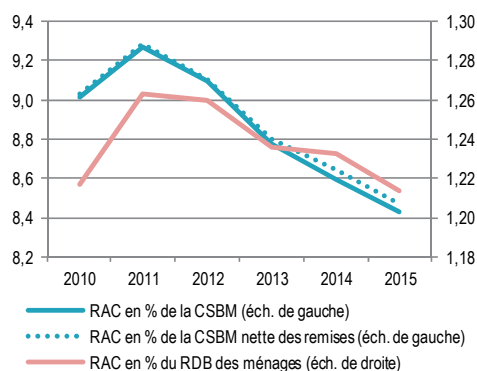


* Y compris optique.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Reste à charge (RAC) des ménages dans la CSBM et dans le revenu disponible brut (RDB) des ménages

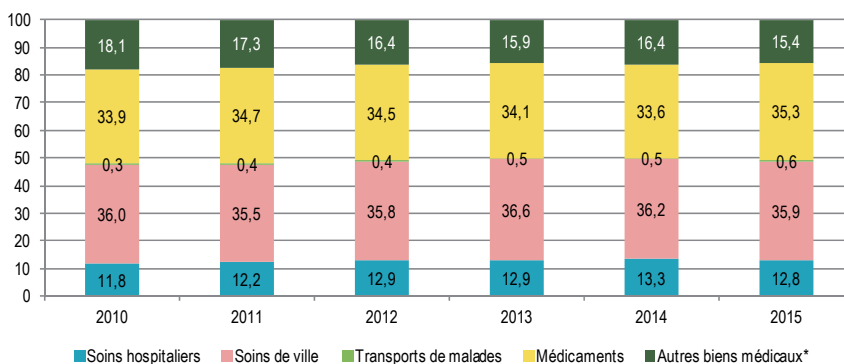
En %



Sources > DREES, Comptes de la santé ; INSEE, comptes nationaux.

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages

En %



* Y compris optique.

Source > DREES, Comptes de la santé.

La **CSBM** représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle recouvre l'ensemble de ces soins, que ceux-ci soient financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires ou les ménages. Elle s'élève à 194,6 milliards d'euros en 2015 (tableau 1) et regroupe la consommation de soins hospitaliers et de soins ambulatoires (fiche 1).

L'**objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)** est un outil de régulation des dépenses de l'assurance maladie. Depuis 1997, il est déterminé chaque année par le Parlement lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 181,8 milliards en 2015 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2016 (tableau 2). Depuis 2014, l'ONDAM est décomposé en sept sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville, qui regroupent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments et dispositifs médicaux, les indemnités journalières (IJ) [hors IJ maternité, SNCF, RATP et fonction publique], les prestations diverses, la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, la dotation aux fonds d'action conventionnelle (FAC, dont aide à la télétransmission) et les remises conventionnelles ;
- les dépenses en établissements de santé, qui recouvrent les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO), des établissements de santé publics et privés et les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- les autres soins en établissements de santé, qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les unités de soins de longue durée (USLD) et autres dépenses spécifiques comme la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- les dépenses médico-sociales pour personnes âgées ;
- celles pour personnes handicapées ;
- les dépenses du Fonds d'intervention régional (FIR) ;
- et, enfin, les autres prises en charge, qui regroupent les soins pour les assurés français à l'étranger, la dotation nationale en faveur du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), les dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les autres dotations aux fonds.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'ONDAM (tableau 3). L'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale (y compris les régimes spéciaux) augmentée de certains postes compris dans la dépense courante de santé (DCS) :

- des IJ de maladie et d'accidents du travail (hors IJ SNCF et RATP) ;
 - des soins de longue durée aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou réalisés à domicile par des SSIAD ;
 - des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;
 - des dépenses du FIR non comprises dans la CSBM (autres que FIR soins de ville et hôpital).
 - des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, des dotations aux FIQCS et des autres prises en charge ;
- et diminuée :
- des remises conventionnelles sur les médicaments (et dispositifs médicaux) versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'assurance maladie (remises qui diminuent également la DCS) ;
 - des prestations complémentaires obligatoires du régime Alsace-Moselle et de la CAMIEG, comptabilisées dans les comptes de la santé avec celles de la Sécurité sociale.

Certains postes de l'ONDAM ne sont pas retracés dans les comptes de la santé :

- les prises en charge des dotations à des fonds divers (FMESPP, FAC...), car elles sont considérées comme une dépense d'investissement et non comme une dépense courante ;
- les dépenses des assurés français à l'étranger.

En revanche, la DCS inclut en plus de l'ONDAM les dépenses d'indemnités journalières de maternité, de la SNCF et de la RATP, les dépenses de prévention, de formation et de recherche pharmaceutique, ainsi que les coûts de gestion du système de santé. La DCS au sens français s'élève ainsi, en 2015, à 262,4 milliards d'euros.

L'écart d'évaluation entre la CSBM et l'ONDAM est quasi intégralement dû à la différence de concept retenu sur le champ de l'hôpital public. Les comptes de la santé retracent la valeur des soins hospitaliers produits (valorisés aux coûts de leurs facteurs de production), qui correspond principalement aux charges des hôpitaux publics. En revanche, l'ONDAM comptabilise le financement des hôpitaux publics (i.e. leurs produits). Schématiquement, l'écart entre ces deux montants correspond au déficit des hôpitaux publics.

Pour en savoir plus

Annexe 1 sur les agrégats des comptes de la santé.

« Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2015, prévisions 2016 », juin 2016.

Tableau 1 CSBM et DCS (au sens français)

	En milliards d'euros	
	2015	dont Sécurité sociale au sens des comptes de la santé (1)
Soins hospitaliers	90,8	82,8
Secteur public (2)	70,1	64,5
Secteur privé	20,7	18,3
Soins ambulatoires	103,8	66,6
Soins de ville	50,5	32,7
Médicaments	34,0	23,4
Autres biens médicaux	14,7	6,3
Transports de malades	4,6	4,3
CSBM	194,6	149,5
Soins de longue durée	20,1	20,1
SSIAD	1,6	1,6
Soins aux personnes âgées en étab.	9,0	9,0
Soins aux pers. handicapées en étab.	9,5	9,5
Indemnités journalières (3)	13,7	13,7
Autres dépenses de santé	0,6	0,6
Prévention institutionnelle	5,8	0,8
Dépenses en faveur du système de soins	12,2	2,7
Subventions au système de soins nettes des remises	2,5	2,5
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	0,0
Formation des professionnels de santé	2,2	0,2
Coût de gestion de la santé	15,1	7,4
Dépense courante de santé (DCS)	262,0	194,8

(1) Y compris prestations complémentaires obligatoires du régime d'Alsace-Moselle et prestations de la CAMIEG.

(2) Y compris le déficit des hôpitaux publics.

(3) IJ des régimes de base, hors fonction publique (non disponibles).

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Passage de la CSBM à l'ONDAM

	En milliards d'euros	
	2015	
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	149,5	
- Prestations complémentaires obligatoires Alsace-Moselle et CAMIEG	-0,6	
Part de la CSBM sur le champ de l'ONDAM	148,9	
Postes de l'ONDAM retracés dans la DCS	32,4	
- Remises conventionnelles sur médicaments et dispositifs médicaux	-0,9	
+ FIR non compris dans la CSBM (FIR prévention et FIR subvention au système de soins)	0,5	
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (Hors IJ maternité, IJ SNCF et RATP)	10,4	
+ ONDAM personnes âgées + USLD	9,6	
+ ONDAM personnes handicapées	9,1	
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,8	
+ Autres prises en charge incluses dans la DCS (2)	0,9	
Socle commun de la DCS et de l'ONDAM	181,3	
Dépenses de l'ONDAM hors CSBM et hors DCS	0,6	
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,5	
+ Autres prises en charge non incluses dans la DCS (3) - participation UNOCAM	0,6	
- Écart d'évaluation	-0,5	
ONDAM	181,8	

(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics.

(2) FIQCS, établissements médico-sociaux hors champ CNSA et autres dotations aux fonds. Les autres dotations aux fonds représentent les dotations au centre national de gestion, à l'Agence de biomédecine, à la Haute autorité de santé, à l'EPRUS, à l'ATIH...

(3) Soins des ressortissants français à l'étranger.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CCSS de juin 2016 pour l'ONDAM.

Tableau 2 ONDAM

	En milliards d'euros	
	2015	
ONDAM Ville - Hôpital	159,5	
Soins hospitaliers	76,4	
y c. FMESPP	0,2	
y c. USLD (1)	1,0	
Soins de ville	83,2	
y c. indemnités journalières maladie et AT (1) (2)	10,4	
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2,8	
y c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	0,2	
FIR	3,0	
ONDAM médico-social	17,7	
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (1)	8,7	
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	9,1	
Autres prises en charge		
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger	1,6	
+ Étab. médico-sociaux hors champ CNSA (1) (3) + autres dotations aux fonds (1)		
ONDAM total	181,8	

(1) Dans la DCS pour les comptes de la santé.

(2) Hors IJ maternité, IJ SNCF, IJ RATP et IJ fonction publique.

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

Source > Rapport de la CCSS de juin 2016.

La CMU-C et l'ACS, deux dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des plus modestes

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. Elle est attribuée sous condition de résidence – comme la CMU de base, devenue la protection universelle maladie (PUMA) au 1^{er} janvier 2016, qu'elle complète – et sous condition de ressources. La CMU-C offre une prise en charge complémentaire des soins (ticket modérateur) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité des régimes de base d'assurance maladie. Elle prend également en charge le forfait journalier hospitalier sans limite de durée, les différentes participations forfaitaires et franchises et, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. En 2015, 12 % de ses bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire et 88 % à leur régime de base. La proportion de personnes ayant confié sa gestion à leur régime complémentaire est en recul régulier depuis 2012 (elle s'établissait alors à 15,3 %).

Ce dispositif a été complété en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % (ce taux de majoration a été graduellement augmenté). L'ACS permet à son bénéficiaire de réduire le coût d'un contrat d'assurance complémentaire santé classique. Les bénéficiaires de l'ACS, comme ceux de la CMU-C, bénéficient du tiers-payant intégral et sont également exonérés des participations forfaitaires et des franchises. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour améliorer la lisibilité du système et la qualité de la couverture, les contrats ACS souscrits ou renouvelés doivent être choisis dans la liste des 11 contrats individuels sélectionnés par les pouvoirs publics lors d'un appel d'offres.

La CMU-C et l'ACS sont toutes deux gérées par le Fonds CMU. En 2015, 5,4 millions de personnes ont bénéficié de la CMU-C (tableau 1) et 1,4 million d'attestations ACS (1,0 million ont effectivement utilisé cette attestation). Les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ont augmenté en 2015, notamment, dans le cas de l'ACS, sous l'effet de la réforme des contrats labellisés et de la campagne de communication qui l'a accompagnée. Toutefois, le non-recours à ces deux dispositifs reste important, puisque les deux tiers

des personnes éligibles à l'ACS et un tiers de celles éligibles à la CMU-C n'y recourent pas.

Le financement du Fonds CMU repose principalement sur les organismes complémentaires

Depuis 2013, les ressources du Fonds CMU sont plutôt stables, proches de 2,5 milliards d'euros (graphique). Elles sont constituées, à titre principal (2,1 milliards d'euros en 2015), de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) prélevée sur les contrats des complémentaires santé et, secondairement, d'une fraction de recettes de la taxe sur le tabac (360 millions d'euros en 2015).

Le Fonds CMU rembourse les dépenses de la CMU-C prises en charge par les organismes gestionnaires (régimes de base ou organismes complémentaires) sous la forme d'un forfait appelé « participation légale ». Depuis le 1^{er} janvier 2013, les organismes sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (408 euros en 2015).

En 2015, le Fonds CMU a ainsi versé 1,9 milliard d'euros aux régimes de base au titre de leur gestion de la CMU-C, dont 1,8 milliard de participations légales et 0,1 milliard de versement complémentaire à la CNAM (tableau 2). En effet, contrairement au régime agricole et au régime des indépendants, les dépenses pour les bénéficiaires de la CMU-C gérés par le régime général sont supérieures au plafond de 408 euros, puisqu'elles s'élèvent en moyenne à 424 euros par bénéficiaire. Il a donc été décidé, depuis 2013, que le Fonds CMU effectuerait en compensation un versement complémentaire à la CNAM, dans la limite des dépenses réellement engagées par celle-ci.

Le Fonds CMU a aussi versé 234 millions d'euros aux organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que 287 millions d'euros à ceux qui gèrent des bénéficiaires de l'ACS. En pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement « versées » par le Fonds, mais déduites du montant dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) [« avoirs sur taxe »].

Pour en savoir plus

Fonds CMU, 2016, Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2015.

Fonds CMU, 2015, La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, 2013 - 2014.

Fonds CMU, 2015, Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à la complémentaire santé en 2014.

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS de 2008 à 2015

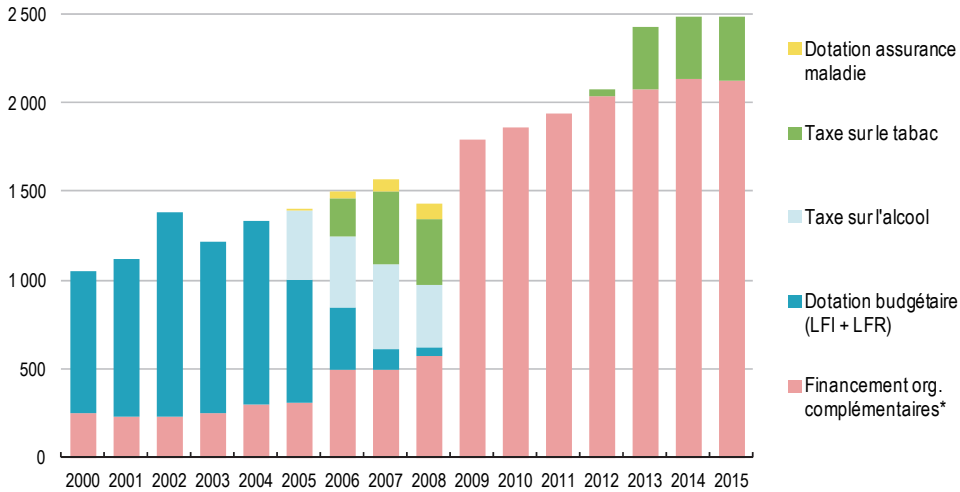
En millions de personnes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	évol. 2014-2015
Bénéficiaires de la CMU-C	4,2	4,2	4,3	4,4	4,5	4,9	5,2	5,4	3,5%
Bénéficiaires de l'ACS	0,6	0,6	0,6	0,8	1,0	1,2	1,2	1,4	12,6%

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Graphique Évolution du financement du Fonds CMU entre 2000 et 2015

En millions d'euros



* Contribution CMU-C avant 2011, puis taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance depuis 2011.

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Tableau 2 Compte du Fonds CMU en 2015

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	2 453	Total produits	2 499
Versements aux régimes de base au titre de la CMU-C	1 925	Taxe versée par les OC	2 119
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires CMU-C	234	Taxe sur le tabac	360
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires ACS	287	Reprise sur provisions	20
Dotation aux provisions	6		
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (excédent)	46		

Source > Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2015.

3

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés



Dépenses et acteurs du système de santé

Ce chapitre est centré sur la dépense courante de santé (DCS au sens français), concept plus large que celui de la CSBM et qui constitue l'agrégat le plus englobant des comptes de la santé.

La première partie précise la définition de la DCS (fiche 32), puis détaille les unes après les autres les principales composantes qu'elle comprend en sus de la CSBM (fiches 33 à 38) : les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, la formation et la recherche et, enfin, les coûts de gestion du système.

La seconde partie (fiches 39 et 40), intitulée les ménages et leur santé, présente l'opinion des Français sur l'assurance maladie et le système de soins et analyse, en comparaison internationale, le renoncement aux soins et ses différents motifs.

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased by 1.5 million, from 2.5 million in 1980 to 4 million in 1999. The public sector has grown from 10% of the economy to 17% of the economy.

There is a growing emphasis on the need to improve the efficiency of the public sector. This has led to a number of initiatives, including the introduction of competition, the restructuring of public services, and the introduction of new management practices.

One of the main reasons for the need to improve the efficiency of the public sector is the increasing pressure on public finances. The government has to spend more on public services, but it has to raise less money from taxes.

Another reason for the need to improve the efficiency of the public sector is the increasing demand for public services. The population is growing, and people are living longer, so there is a greater need for public services such as health care and social care.

There are a number of ways in which the efficiency of the public sector can be improved. These include the introduction of competition, the restructuring of public services, and the introduction of new management practices.

One of the most important ways in which the efficiency of the public sector can be improved is by introducing competition. This can be done by allowing private companies to compete for public contracts.

Another way in which the efficiency of the public sector can be improved is by restructuring public services. This can be done by merging public services, or by transferring public services to private companies.

A third way in which the efficiency of the public sector can be improved is by introducing new management practices. This can be done by introducing new management systems, or by training public sector employees in new management practices.

There are a number of challenges to improving the efficiency of the public sector. These include the need to balance the need for efficiency with the need to provide high quality public services, and the need to ensure that the public sector remains accountable to the public.

Despite these challenges, it is clear that there is a need to improve the efficiency of the public sector. This is essential for ensuring that the public sector can continue to provide high quality public services in the face of increasing pressure on public finances.

There are a number of ways in which the efficiency of the public sector can be improved. These include the introduction of competition, the restructuring of public services, and the introduction of new management practices.

One of the most important ways in which the efficiency of the public sector can be improved is by introducing competition. This can be done by allowing private companies to compete for public contracts.

Another way in which the efficiency of the public sector can be improved is by restructuring public services. This can be done by merging public services, or by transferring public services to private companies.

La dépense courante de santé

La dépense courante de santé représente 12 % du PIB en 2015

La **dépense courante de santé** (DCS) au sens français, somme de toutes les dépenses « courantes »¹ engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, s'établit à 262,0 milliards d'euros en 2015 (tableau 1), soit 12,0 % du PIB. Elle comprend :

- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM, fiche 1), qui en représente les trois quarts ;
- les soins de longue durée (7,7 %) : soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (fiche 33) et soins aux personnes handicapées en établissements (fiche 34) ;
- les indemnités journalières : maladie, maternité et accidents du travail (5,2 %, fiche 35) ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %, fiche 36) ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,7 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de santé (fiche 37), ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles (encadré) ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %, fiche 38).

Une croissance bien inférieure à 2 % en 2015

En 2015, le taux de croissance de la DCS est particulièrement bas (+1,5 %, graphique 1). Il progresse moins vite que le PIB en valeur, rompant ainsi avec la série 2012-2014 et la période précédant la crise où la DCS croissait nettement plus vite que ce dernier.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. En 2015 comme en 2014, la DCS progresse un peu plus lentement que la CSBM (+1,5 %, contre +1,8 %).

Cette moindre croissance est notamment liée à la décroissance des coûts de gestion (-1,3 %), de la prévention institutionnelle (-1,0 %) et des autres dépenses en faveur des malades (-1,8 %, portées par la baisse des indemnités de l'ONIAM²).

Les dépenses en faveur du système de soins sont également peu dynamiques (+0,7 %) : les dépenses de recherche sont stables, celles de formation médicale et les subventions décroissent. En revanche, les remises conventionnelles (qui viennent diminuer la dépense courante de santé, voir encadré) reculent après avoir connu un niveau exceptionnellement haut en 2014.

Les soins de longue durée et les indemnités journalières versées au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité (fiche 35) croissent toujours plus rapidement que la CSBM (respectivement +2,1 % et +2,3 %).

Compte tenu des dynamiques différenciées par poste, la structure de la DPS s'est légèrement déformée entre 2005 et 2015 (graphique 2) : en dix ans, la part des soins de longue durée a progressé de 1,6 point, au détriment de celles de la majorité des autres postes (hormis les autres dépenses en faveur des malades).

Les subventions au système de soins comprennent la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé (dites « cotisations PAM »), les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les participations de l'assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine...), et l'aide à la télétransmission. De ces subventions sont déduites les remises conventionnelles, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses de Sécurité sociale (celles-ci venant réduire le coût des biens médicaux, elles sont enregistrées dans les comptes de la santé en moindres dépenses). Le montant de ces subventions (net des remises) est évalué à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2015.

Les autres dépenses en faveur des malades correspondent aux indemnités de l'ONIAM et aux soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes). Elles s'établissent à près de 620 millions d'euros en 2015.

¹ La dépense de santé est dite « courante », parce qu'elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe, FBCF) des établissements de santé et des professionnels libéraux.

² L'irrégularité de l'évolution des dépenses d'indemnisation tient à deux facteurs : la réduction du montant moyen de l'indemnisation amiable finalement servie et l'augmentation en volume des indemnités contentieuses dont les montants moyens varient entre les exercices (source : annexe 8 au PLFSS).

Tableau 1 Dépense courante de santé, au sens français

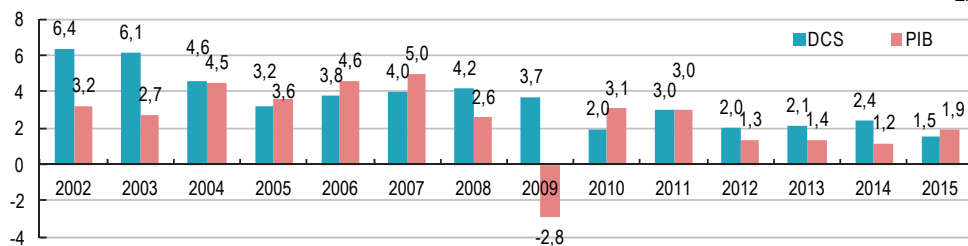
	Montants (en millions)							Évolution 15/14 (en %)
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
CSBM	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 567	1,8
Soins de longue durée	16 561	17 205	17 843	18 491	19 186	19 658	20 070	2,1
SSIAD	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1,3
Soins aux personnes âgées en établissements	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804	8 995	2,2
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 035	8 255	8 531	8 755	9 054	9 291	9 492	2,2
Indemnités journalières	12 193	12 667	12 875	12 811	12 862	13 399	13 706	2,3
Autres dépenses en faveur des malades	433	469	538	588	628	631	619	-1,8
Prévention	6 389	5 687	5 694	5 694	5 836	5 818	5 761	-1,0
Prévention individuelle	3 335	3 294	3 320	3 325	3 513	3 533	3 550	0,5
Prévention collective	3 054	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 211	-3,2
Dépenses en faveur du système de soins	11 279	11 392	11 678	11 879	12 215	12 118	12 206	0,7
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 987	2 114	2 218	2 408	2 574	2 394	2 489	4,0
Dont subventions au système de soins*	2 226	2 397	2 562	2 716	3 001	3 500	3 410	-2,6
Dont remises conventionnelles	-239	-283	-344	-308	-427	-1 106	-921	-16,7
Recherche médicale et pharmaceutique	7 383	7 349	7 454	7 430	7 495	7 515	7 521	0,1
Formation	1 909	1 928	2 005	2 041	2 146	2 209	2 196	-0,6
Coûts de gestion de la santé	13 554	13 898	14 410	14 654	15 190	15 316	15 116	-1,3
Dépense courante de santé (DCS)	230 243	234 794	241 779	246 717	251 989	258 099	262 046	1,5%
Évolution en %		1,98	2,98	2,04	2,14	2,42	1,53	
DCS en % du PIB	11,9	11,7	11,7	11,8	11,9	12,1	12,0	

* Ces subventions ne comprennent que la partie des dotations non comptabilisée ailleurs : en particulier, les dotations versées à l'INPES ou à l'EPRUS sont comptabilisées en dépenses de prévention, celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé.

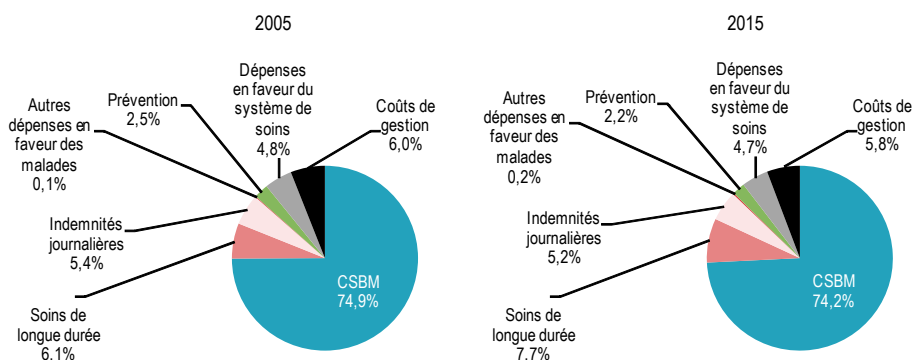
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

En %



Sources > DREES pour la DCS ; INSEE pour le PIB.

Graphique 2 Structure de la dépense courante de santé

Source > DREES, Comptes de la santé.

Une répartition de la dépense très contrastée d'un financeur à l'autre

La Sécurité sociale finance les trois quarts de la CSBM (fiche 25). En 2015, elle prend aussi en charge 67,1 % de la dépense courante de santé « hors CSBM », soit 45,3 milliards d'euros (tableau 2).

Sur ce périmètre « hors CSBM », la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement de certaines dépenses (soins de longue durée, indemnités journalières, subventions au système de santé). Elle est toutefois nettement moins présente sur les champs de la prévention individuelle et collective et de la formation en santé (des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux), qu'elle finance respectivement à hauteur de 13,9 % et 7,8 %.

Par ailleurs, alors qu'elle finance près des trois quarts de la DCS, la Sécurité sociale ne représente qu'environ la moitié du coût de gestion global du système de santé français. Elle n'intervient toutefois pas dans le financement de la recherche médicale et pharmaceutique, ce poste étant du ressort de L'État et des collectivités locales.

Le secteur privé (y compris ménages) finance 18,6 % des dépenses courantes de santé « hors CSBM » en 2015. Il finance plus de la moitié des dépenses au titre de la recherche médicale et pharmaceutique, et représente à lui seul près de la moitié des coûts de gestion totaux du système et le tiers des dépenses de prévention.

L'État et les collectivités locales financent 14,3 % de la dépense courante de santé « hors CSBM ». Ils interviennent principalement dans le financement de la formation (86,5 % du total de ce poste), de la prévention (61,1 %) et de la recherche médicale et pharmaceutique (48,0 %).

Une légère déformation de la structure de financement par acteur depuis 2010

Si la part de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense « hors CSBM » est relativement stable depuis 2010 (environ 67 % sur l'ensemble de la période, graphique 3), la structure par poste de dépense fin s'est légèrement déformée depuis 2010. En effet, dans le champ de la prise en charge de la Sécurité sociale, la part des soins de longue durée a augmenté de 2,3 points, au détriment de celles des autres postes (notamment les indemnités journalières).

La part de financement assurée par le secteur privé sur le champ de la dépense « hors CSBM » a progressivement augmenté depuis 2010. Cette hausse de 0,7 point sur les cinq dernières années est allée de pair avec la baisse de la part prise en charge par l'État et les collectivités locales. Ceci est à rapprocher de deux facteurs jouant en sens contraire sur la répartition du financement entre les secteurs public et privé :

- la structure de financement de la prévention (principal poste de dépense du secteur privé) se modifie légèrement au détriment de l'État et des collectivités locales qui assurent, en 2015, 58,8 % de cette dépense totale (en baisse de 2,3 points par rapport à 2010). Symétriquement, la part du secteur privé augmente de 1,8 point sur la même période ;
- ce premier effet est légèrement atténué par la hausse de la part des financements publics dans la structure de financement de la recherche médicale et pharmaceutique (en hausse de 2,2 % sur la période 2010-2015).

Dépense courante de santé, sens français et international

La DCS au sens international (fiche 42) est égale à la DCS au sens français :

- augmentée de certaines prestations en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées : allocation personnalisée à l'autonomie (APA), prestation de compensation du handicap (PCH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- diminuée des indemnités journalières, des dépenses de prévention environnementale et alimentaire, de la recherche et de la formation.

Tableau 2 Financement de la dépense courante de santé en 2015

En millions d'euros

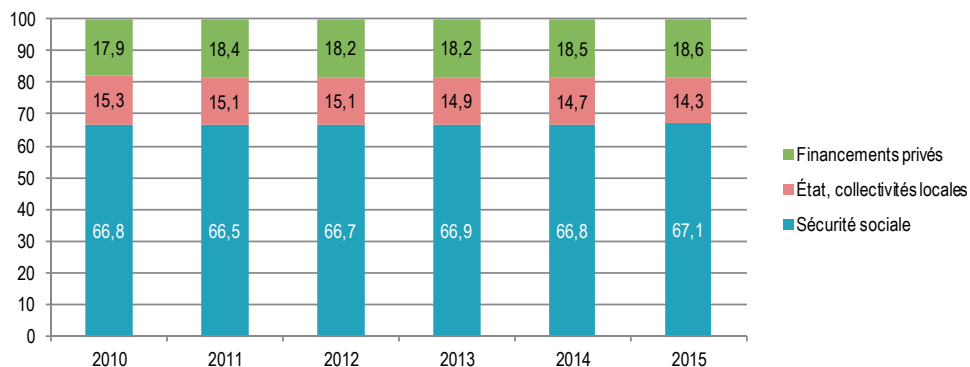
	Sécurité sociale	État, collectivités locales	Financements privés *	Tous financeurs confondus	Part de la Sécurité sociale dans le total
Consommation de soins et de biens médicaux	149 482	2 721	42 364	194 567	76,8
Dépense hors CSBM	45 280	9 674	12 526	67 479	67,1
Soins de longue durée	20 070	0	0	20 070	100,0
Indemnités journalières	13 707	n.d	n.d	13 706	100,0
Prévention institutionnelle et collective	800	3 387	1 574	5 761	13,9
Dépenses en faveur du système de soins	2 661	5 514	4 031	12 206	21,8
<i>Formation</i>	172	1 900	124	2 196	7,8
<i>Subventions au système de soin</i>	2 489	0	0	2 489	100,0
<i>Recherche médicale et pharmaceutique</i>	0	3 613	3 908	7 521	0,0
Coût de gestion de la santé	7 422	774	6 920	15 116	49,1
Autres dépenses en faveur des malades	619	0	0	619	100,0
Dépense courante de santé	194 762	12 395	54 888	262 046	74,3

* Il s'agit du financement assuré par les mutuelles, les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance, les ménages et les industries pharmaceutiques.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution de la structure de la dépense courante de santé « hors CSBM » par financeur

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Les soins de longue durée aux personnes âgées s'élèvent à 10,6 milliards d'euros en 2015. Ils regroupent les soins délivrés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD, 10 % de la dépense, graphique 3) ;
- dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA et EHPAD, 75 % de la dépense) ;
- à domicile, par des services de soins infirmiers (SSIAD, 15 % de la dépense).

L'objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées (OGD, 9,6 milliards d'euros en 2015), qui correspond au montant des soins délivrés aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux, regroupe les contributions de l'assurance maladie (8,7 milliards) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour 0,9 milliard, au financement des EHPA, EHPAD et SSIAD. Il est sous-consommé (de 6 millions d'euros en 2015) pour la cinquième année consécutive.

Prédominance des soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement

En 2015, 9,0 milliards d'euros ont été consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement (tableau). Jusqu'en 2009, le rythme de croissance de ces soins a été très élevé (+12,3 % par an en moyenne entre 2004 et 2009) à la suite des plans de médicalisation et de développement des capacités d'accueil des EHPAD. Il est nettement plus faible depuis, mais reste dynamique : +3,7 % en moyenne annuelle de 2010 à 2015 (graphique 1).

Les **soins en EHPA ou EHPAD**, qui s'élèvent à 8,0 milliards d'euros en 2015, sont en hausse de 2,0 % par rapport à 2014. Leur montant a presque triplé depuis 2004 en lien avec le renforcement de la médicalisation de ces établissements et la forte expansion de leur capacité d'accueil. En effet, le nombre de lits en EHPAD est passé de 200 800 en 2004 à 580 200 en 2015 (graphique 2). Cette évolution tient à trois facteurs :

- le basculement des EHPA vers les EHPAD : entre 2004 et 2015, le nombre de lits en EHPA a diminué de 230 000 à 40 500 ;

- la conversion en EHPAD de certaines USLD : ainsi, les USLD ont une capacité de 30 700 lits en 2015, contre près de 76 800 en 2004 ;
- la forte croissance de la demande, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées très dépendantes. Le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 ou 2) parmi l'ensemble des personnes âgées hébergées en EHPAD augmente régulièrement : il est passé de 47 % en 2003 à 55 % en 2012.

Les EHPA appartiennent très majoritairement au secteur public ou au secteur privé à but non lucratif : c'est le cas de 680 établissements sur 714 en 2015. Il en va de même pour les EHPAD : 2 997 établissements relèvent du secteur public, 2 208 du privé à but non lucratif et 1 756 du privé à but lucratif. Malgré une croissance plus rapide du secteur privé à but lucratif au cours des années récentes, les établissements publics ou privés à but non lucratif restent encore largement majoritaires.

En 2015, la dépense de **soins délivrés en USLD** s'élève à environ 1,0 milliard d'euros, en augmentation de 3,9 % par rapport à 2014. Après avoir fortement baissé dans la période de mise en œuvre de la réforme des USLD (-10,3 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2010), cette dépense reste depuis voisine de 1 milliard d'euros (+0,5 % par an entre 2010 et 2015).

La croissance des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ralentit

Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD) assurent des soins favorisant la prise en charge à domicile, et non en institution. Ces soins sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte.

La dépense totale liée à ces soins s'établit à près de 1,6 milliard d'euros en 2015, soit une progression de 1,3 %, très inférieure à sa tendance passée. Après avoir progressé fortement jusqu'en 2009 (+9,4 % par an entre 2004 et 2009), la dépense augmente de façon moins soutenue depuis (+3,2 % par an entre 2009 et 2015) en lien avec le resserrement de la contrainte budgétaire.

Les SSIAD ont bénéficié à plus de 121 000 personnes en 2015, en légère progression de 0,3 % par rapport à l'année précédente.

Pour en savoir plus

Volant S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 877, février.

Buyck J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F., 2014 « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n° 869, février.

Marquier R., 2013 « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010) », *Dossier Solidarité Santé*, DREES, n° 39, avril.

Darcillon T., 2016, « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, coll. Panoramas de la DREES.

Tableau Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

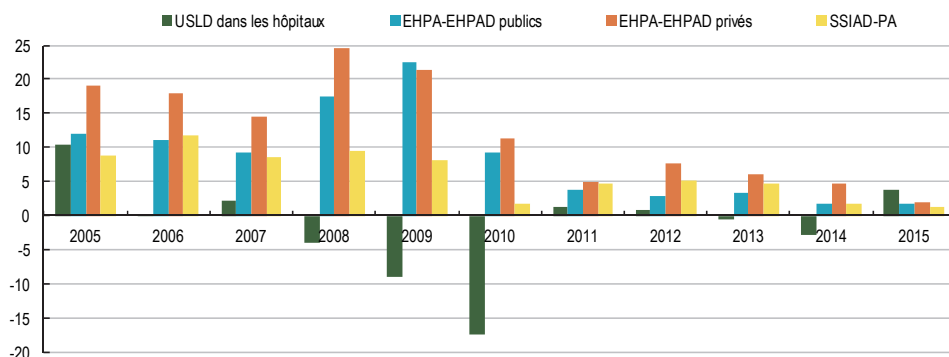
	Montants en milliards d'euros											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Soins de longue durée aux personnes âgées	4,9	5,5	6,0	6,6	7,5	8,5	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4	10,6
Évolution en %	10,4	12,6	10,1	8,9	13,5	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3	2,0
Soins en établissements pour pers. âgées	4,0	4,6	5,0	5,5	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)	1,2	1,3	1,3	1,4	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en EHPA-EHPAD publics	1,8	2,0	2,2	2,4	2,8	3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2	4,3
Soins en EHPA-EHPAD privés à but non lucratif	0,7	0,8	0,9	1,0	1,2	1,5	1,7	1,7	1,9	2,0	2,1	2,1
Soins en EHPA-EHPAD privés à but lucratif	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6

Note > Le montant des soins aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes âgées » de l'objectif global de dépenses (OGD).

Source > DREES, Comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

Graphique 1 Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées

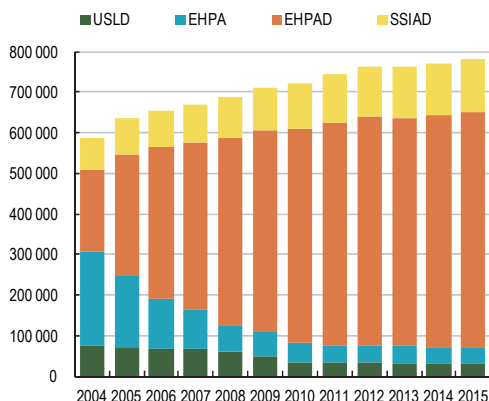
En %



Source > DREES, Comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

Graphique 2 Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en SSIAD

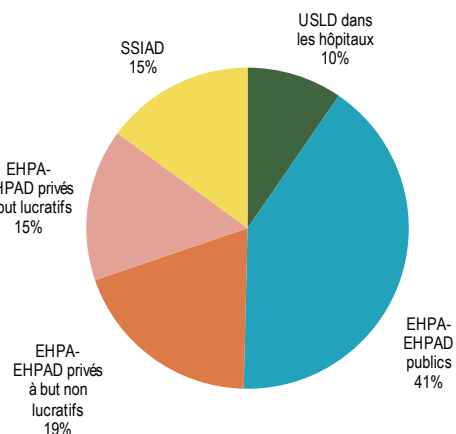
En nombre de lits



Sources > CNAMTS ; DREES, SAE.

Graphique 3 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2015

En %



Source > CNAMTS.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées, qui correspondent ici aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), s'élèvent à 9,5 milliards d'euros en 2015 (tableau 1), en hausse de 2,8 % par rapport à l'année précédente. Le montant de ces dépenses correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées, composé d'une contribution de l'assurance maladie à travers l'ONDAM médico-social (9,1 milliards d'euros en 2015) et de l'apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur ses ressources propres (CNSA, 0,4 milliard d'euros).

Les soins en ESMS pour personnes handicapées progressent à un rythme plus élevé que celui de la CSBM en 2015 (2,8 % contre 1,9 %). Cependant, le rythme de croissance des dépenses de soins aux personnes handicapées ralentit : la croissance annuelle moyenne s'établit à 2,8 % entre 2010 et 2015, contre 4,4 % entre 2005 et 2010, en lien avec le resserrement des taux de progression sous-jacents aux ONDAM votés par le Parlement. Néanmoins, les créations de places se poursuivent avec la création de plus de 14 200 places programmées par la CNSA entre 2015 et 2018, en lien avec le plan Autisme 2013-2017 et le schéma national pour les handicaps rares 2014-2018.

Une nette prédominance des dépenses en établissements pour enfants handicapés...

En 2015, les deux tiers des dépenses en ESMS pour personnes handicapées sont consacrés aux soins pour enfants et adolescents (6,3 milliards d'euros, tableau 2). La majorité de cette dépense concerne l'accueil en établissement avec ou sans hébergement (83 %), une plus faible part étant consacrée aux services (17 %). Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés offrent en 2015 près de 154 000 places.

Les instituts médico-éducatifs (IME) et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), qui accueillent des enfants atteints de déficience intellectuelle (IME) ou de troubles psychiques (ITEP), occupent une place centrale : ils représentent à eux deux 56 % de la dépense pour enfants handicapés et 55 % des capacités d'accueil (graphique).

Les établissements pour enfants polyhandicapés (EP) représentent 9 % des sommes consacrées et 4 % des capacités d'accueil. Leur coût élevé par place résulte d'un fort taux d'encadrement, le public accueilli souffrant d'un grave handicap à expressions multiples.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) représentent 15 % de la dépense et

proposent 32 % des places installées. Ils interviennent dans le milieu de vie des enfants et requièrent un taux d'encadrement relativement bas. La progression des dépenses des SESSAD est assez rapide : 3,4 % par an en moyenne entre 2010 et 2015. Globalement, les dépenses des services ont augmenté plus rapidement que celles des établissements, en lien avec le programme pluriannuel 2008-2012 mis en place par la CNSA, qui soutient la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants, en particulier par le déploiement des SESSAD et des centres d'action médico-sociale précoce² (CAMSP).

...et un développement des ESMS pour adultes handicapés

Près d'un tiers (3,0 milliards d'euros) de l'OGD médico-social pour personnes handicapées est consacré aux adultes : 94 % aux établissements, 6 % aux services (tableau 2). Les dépenses de soins aux adultes handicapés¹ ont augmenté plus rapidement que celles destinées aux enfants : 5,1 % par an en moyenne entre 2010 et 2015, contre 2,0 %. Cette progression est à rapprocher de l'amorce d'un rattrapage de l'offre des ESMS en faveur des adultes, d'une plus grande continuité de prise en charge des jeunes adultes handicapés, ou encore des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées (cf. l'éclairage de l'ouvrage cité en bibliographie). En 2015, les ESMS pour adultes handicapés offrent près de 84 000 places.

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) occupent une place centrale : ils représentent plus de 80 % de la dépense pour adultes handicapés et plus de 60 % des capacités d'accueil (graphique). En particulier, les dépenses des FAM ont fortement augmenté : 7,3 % par an entre 2010 et 2015, contre 5,0 % pour les MAS.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), qui interviennent dans les milieux de vie des adultes handicapés, représentent 3 % de la dépense des ESMS en faveur des adultes et proposent 10 % des places. Ils ont progressé de 7,8 % par an entre 2010 et 2015, le programme pluriannuel 2008-2012 de la CNSA ayant soutenu leur développement dans le but de favoriser le maintien des personnes en milieu ordinaire et de faire face au vieillissement des personnes handicapées et de leurs aidants. De même, ce programme soutient le développement des services de soins infirmiers (SSIAD-PH) dont les dépenses ont augmenté de 5,3 % par an entre 2010 et 2015.

¹ À l'inverse des ESMS pour enfants handicapés, il existe, pour les adultes, des ESMS intégralement financés par d'autres sources que la Sécurité sociale (conseils départementaux, État) ; ces établissements proposent en particulier de l'hébergement et de l'accompagnement social et professionnel. Ces dépenses, qui ne constituent pas du soin, ne sont pas prises en compte ici.

² Les CAMSP et les CMPP suivent une logique de file active : le nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année est comptabilisé, mais pas le nombre de places installées. Leur capacité d'accueil n'est donc pas présentée.

Pour en savoir plus

Guibert G., 2016, « La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux » *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, coll. Panoramas de la DREES – Social.

Tableau 1 Dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

Montants en milliards d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Soins aux personnes handicapées*	4,7	5,3	6,2	6,9	7,7	8,3	8,5	8,8	9,0	9,2	9,5
Évolution (en %)						2,7	3,4	2,6	3,4	2,0	2,8
dont ONDAM pers. handicapées	4,7	5,3	6,2	6,6	7,4	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0	9,1
dont Contribution CNSA				0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4

Note > Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé.

Source > DREES, Comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

Tableau 2 Structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées en 2010 et 2015

Montants en millions d'euros, structure et évolution en moyennes annuelles (%)

	2010		2015		Évolutions
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %	2010-2015
Établissements et services à destination des enfants handicapés	5 725	69,4	6 331	66,7	2,0
Instituts médico-éducatifs (IME) ⁽¹⁾	2 587	45,2	2 926	46,2	2,5
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	648	11,3	630	10,0	-0,6
Établissements pour enfants poly handicapés (EP)	481	8,4	542	8,6	2,4
Services d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	769	13,4	918	14,5	3,6
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	150	2,6	176	2,8	3,3
Autres établissements pour "enfance inadaptée" ⁽²⁾	1 090	19,0	1 137	18,0	0,8
Établissements et services à destination des adultes handicapés	2 335	28,3	2 989	31,5	5,1
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	1 416	60,7	1 808	60,5	5,0
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	438	18,8	625	20,9	7,3
Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	68	2,9	99	3,3	7,8
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD PH)	60	2,6	78	2,6	5,3
Autres établissements pour adultes handicapés ⁽³⁾	352	15,1	379	12,7	1,5
Autres établissements et services ⁽⁴⁾	195	2,4	173	1,8	-2,4
Dépenses totales des soins de longue durée des personnes handicapées	8 255	100,0	9 492	100,0	2,8

(1) Y compris les IME belges (des enfants handicapés sont accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France).

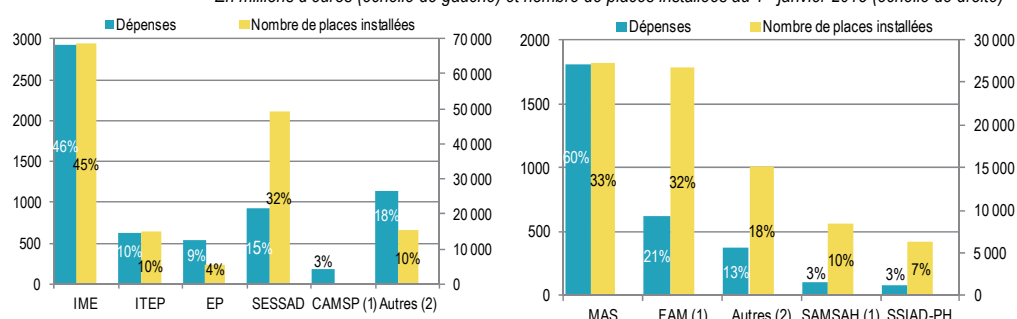
(2) Comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés.

(3) Comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS).

(4) Comprennent les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.

Note > La catégorie « Autres établissements pour enfance inadaptée » a été retraitée par rapport au tableau B3.2. des comptes de la santé – édition 2015, à partir des données de la Commission de répartition fournie par la CNAMTS.

Sources > TCDC des régimes obligatoires de l'assurance maladie, données de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

Graphique Montant de la dépense et capacité d'accueil par type d'établissements pour enfants et adolescents handicapés (à gauche) et pour adultes handicapés (à droite) en 2015En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées au 1^{er} janvier 2015 (échelle de droite)

(1) La capacité d'accueil des CAMSP n'est pas présentée car ils suivent une logique de file active, non de places installées.

(2) Comprennent les CMPP, les IEM, les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux. Les CMPP suivent une logique de file active, non de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas intégrée.

Sources > TCDC des régimes obligatoires de l'assurance maladie et données de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les montants de la dépense ; STATISS 2015 pour la capacité d'accueil.

Les indemnités journalières (IJ) retracées dans les comptes de la santé recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale (hors fonction publique) au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. En 2015, elles s'élèvent à 13,7 milliards d'euros (tableau).

Après avoir fortement augmenté au début des années 2000 (+8,0 % par an entre 2001 et 2003), elles ont nettement ralenti ensuite (+0,3 % par an entre 2003 et 2006). Entre 2006 et 2011, leur évolution redevient dynamique (+3,7 % par an). Puis, après deux années de relative stabilité, elles repartent à la hausse en 2014 (+4,2 %) pour s'accroître de 2,3 % en 2015.

La dynamique des IJ est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui sont à la base du calcul des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- la part des seniors dans la population active. Ces derniers ont en effet des problèmes de santé plus marqués, qui nécessitent des arrêts plus longs que les salariés plus jeunes ;
- la précarité de l'emploi, car les salariés en CDD ou en période d'essai s'absentent significativement moins que les autres.

Une dynamique portée par la hausse du volume des indemnités journalières depuis 2014...

Les à-coups dans l'évolution des indemnités journalières s'expliquent par le rythme heurté du volume des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général (graphiques 1 et 2) :

- leur forte progression jusqu'en 2003 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 ;
- la forte baisse de 2003 à 2006 est imputée pour l'essentiel au développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins ;
- en l'absence de mesures nouvelles, le volume des IJ reprend sa croissance à partir de 2007, portée notamment par le vieillissement de la population active ;
- le léger repli de la mi-2011 à la fin 2013 est lié à deux facteurs : la dégradation du marché du travail et le contexte épidémiologique favorable en 2011 et 2012 ;

- malgré une épidémie de grippe moins marquée qu'en 2013, les volumes des IJ reprennent en 2014. Cette reprise s'explique notamment par l'entrée en vigueur en 2014 de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles ;
- en 2015, la croissance de 2,3 % est à rapprocher, comme en 2014, d'un effet volume significativement supérieur aux années précédentes. Cette croissance est notamment portée par l'épidémie de grippe saisonnière, plus marquée qu'en 2014.

... mais atténuée par un ralentissement des « prix »

La croissance du « prix » des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général a nettement ralenti depuis la crise de 2009 (+1,2 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2015, contre +2,5 % entre 2000 et 2009, graphique 1). Le calcul du montant de l'IJ repose en effet sur le salaire des trois mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « maladie », et du mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « AT-MP ». Seule la part du salaire inférieure au seuil de 1,8 fois le SMIC est prise en compte dans le calcul du montant de l'IJ.

Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1^{er} décembre 2010 et 1^{er} janvier 2012 ont induit des baisses de montants servis à salaire donné, qui se sont traduits par un ralentissement du « prix des IJ » par rapport au salaire net annuel moyen.

La croissance globale est ralentie par la baisse des IJ maternité en 2015

Depuis 2010, en lien avec le léger recul observé du nombre de naissances, les indemnités journalières du risque « maternité » sont quasi stables. Leur diminution en 2015 (-1,2 %) est également à rapprocher d'une baisse du nombre de naissances (-2,3 % en 2015).

In fine, la structure des indemnités journalières selon les différents risques reste stable entre 2007 et 2015 : les IJ « maladie » représentent toujours environ 55 % des dépenses, la part des IJ « AT-MP » passe de 21,3 % en 2007 à 22,1 % en 2015 et les IJ « maternité » représentent 24,0 % des indemnités en 2007, contre 22,3 % en 2015.

Pour en savoir plus

Marbot C., Pollak C., « Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêts maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans », *Les dépenses de santé en 2014 – édition 2015*, coll. Panoramas de la DREES – Santé.

Tableau Dépense d'indemnités journalières

Montants en millions d'euros

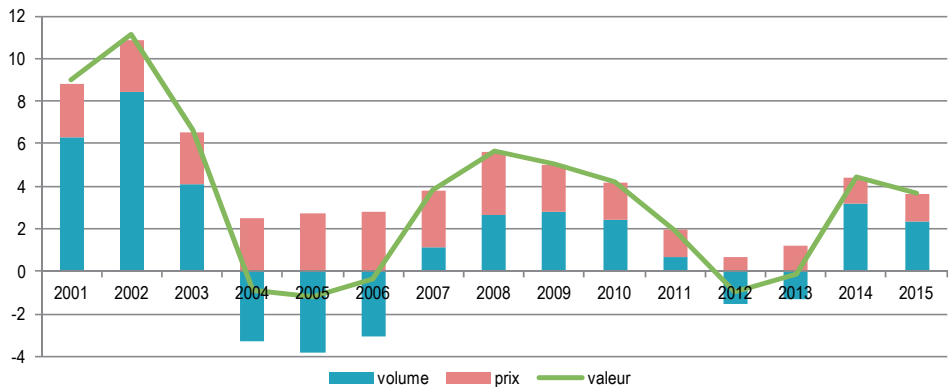
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble	11 046	11 641	12 193	12 667	12 875	12 811	12 862	13 399	13 706
Évolution (en %)	3,0	5,4	4,7	3,9	1,6	-0,5	0,4	4,2	2,3
Maladie	6 035	6 354	6 668	6 897	7 028	6 963	7 002	7 383	7 629
Évolution (en %)	2,7	5,3	4,9	3,4	1,9	-0,9	0,6	5,4	3,3
Maternité	2 656	2 799	2 898	3 002	2 998	3 028	3 044	3 088	3 051
Évolution (en %)	1,1	5,4	3,5	3,6	-0,1	1,0	0,5	1,5	-1,2
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 356	2 488	2 627	2 768	2 849	2 821	2 816	2 928	3 025
Évolution (en %)	5,8	5,6	5,6	5,4	2,9	-1,0	-0,2	4,0	3,3

Champ > France entière, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des indemnités journalières maladie et AT-MP du régime général

En %

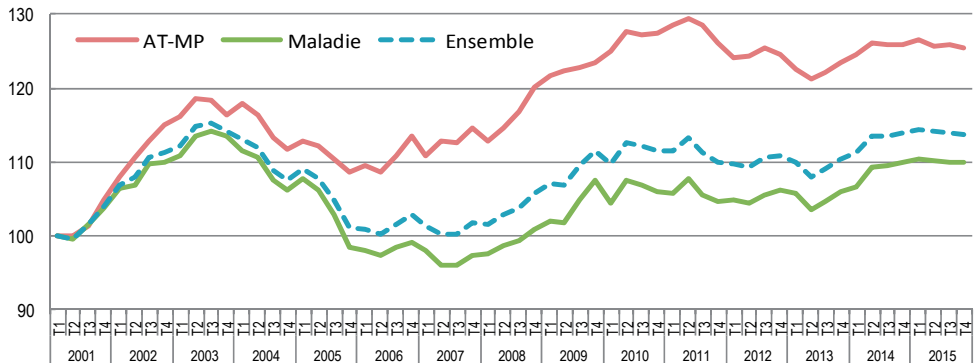


Champ > France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles », assurés du régime général.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapportées à l'emploi salarié

Base 100 au T1 2001



Champ > France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles », assurés du régime général.

Sources > CNAMTS pour les indemnités journalières ; INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

La consommation de services de **prévention institutionnelle** s'élève à 5,9 milliards d'euros en 2015, dont 3,7 milliards pour la prévention individuelle et 2,2 milliards pour la prévention collective (tableau). La prévention institutionnelle représente environ 90 euros par habitant et 2,2 % de la dépense courante de santé. Ses dépenses augmentent en moyenne annuelle de 0,2 % depuis 2008. Elle est dite « institutionnelle », car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes. La **prévention individuelle primaire** (51 % de la prévention institutionnelle en 2015, graphique 1) vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La médecine du travail représente plus de la moitié (55 %) de ces dépenses. Les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, ainsi que la médecine scolaire sont aussi incluses dans la prévention primaire. La vaccination organisée représente 4,5 % des dépenses de prévention individuelle primaire.

La **prévention individuelle secondaire** (11 % de la prévention institutionnelle en 2015) vise à repérer les maladies avant leur développement : le dépistage en est l'exemple type. Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida et les hépatites, la tuberculose, ou d'autres pathologies comme la maladie d'Alzheimer, la santé mentale... Les différents plans Cancer qui se sont succédé ont permis de mettre l'accent sur le dépistage des tumeurs, dont les dépenses ont quasiment doublé entre 2003 et 2008 (91 millions d'euros en 2003 ; 172 millions en 2008). Depuis, les dépenses concernant le dépistage des tumeurs restent relativement stables. La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et les collectivités locales ainsi que les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a triplé entre 2003 et 2015, avec la campagne MTdents à destination des plus jeunes et, depuis 2013, des femmes enceintes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non imputables au niveau individuel. On distingue :

- la **prévention collective à visée comportementale** (7 % de la prévention institutionnelle en 2015), qui comprend différents programmes mis en

place dans le but de participer à l'information et à l'éducation à la santé auprès de la population sur différentes thématiques (drogues, alcool, tabac, maladies infectieuses, vaccinations, nutrition...). Ces programmes soutiennent, par exemple, les actions destinées à promouvoir la nutrition et l'activité physique, dont fait partie le Programme national nutrition santé (PNNS).

- la **prévention collective à visée environnementale** (31 % de la prévention institutionnelle en 2015) inclut l'hygiène du milieu, la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille ou d'alerte ou encore ceux mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.

L'État et les collectivités locales sont les principaux financeurs de la prévention institutionnelle

En 2015, l'État et les collectivités locales financent 59 % des actions de prévention institutionnelle. La Sécurité sociale en finance 14 % et le secteur privé 27 % (graphique 2). Toutefois, le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (50 %) par ses crédits accordés à la médecine du travail. La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories, mais surtout la prévention secondaire (via le FNPEIS). L'État et les collectivités locales restent le principal financeur de la prévention collective puisqu'ils financent plus de 80 % de ses actions.

La Sécurité sociale finance une part de plus en plus importante de la prévention institutionnelle (12,4 % en 2008 ; 13,9 % en 2015). La mise en place du fonds d'intervention régional (FIR, voir annexe 4) en 2012, financé principalement par la Sécurité sociale et permettant aux agences régionales de santé (ARS) d'orienter leurs dépenses, contribue largement à cette augmentation. En effet, une des missions du FIR est consacrée à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur du système de santé. La priorité est mise sur les addictions (tabac, alcool), notamment auprès des jeunes, sur l'information nutritionnelle pour lutter contre l'obésité et sur un meilleur dépistage des IST.

La prévention institutionnelle ne concerne qu'une partie des dépenses de prévention. Elle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 9,3 milliards d'euros pour 2014 (cf. éclairage en fin d'ouvrage, « Une estimation partielle des dépenses de prévention »). Des travaux sont en cours dans le but de produire une estimation plus précise des dépenses de prévention, y compris celles de prévention institutionnelle, et de revoir éventuellement la classification des différentes actions.

Tableau Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle (en %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Évolution 2008-2015
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 725	2 837	2 806	2 818	2 824	2 952	2 974	2 988	1,3
Vaccins ¹	126	148	123	129	126	131	132	134	0,9
PMI - Planning familial	677	693	688	683	673	681	673	662	-0,3
Médecine du travail	1 464	1 508	1 512	1 536	1 527	1 599	1 619	1 632	1,6
Médecine scolaire	458	488	482	470	498	540	549	561	2,9
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	633	644	632	610	604	665	667	659	0,6
Dépistage des tumeurs	172	182	173	193	184	194	179	172	0,0
Dépistage VIH/sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	214	204	203	160	161	198	210	205	-0,6
Dépistage autres pathologies	23	25	25	27	26	35	36	40	8,3
Exams de santé	176	184	181	180	182	184	184	185	0,7
Bilans bucco-dentaires	48	51	49	50	51	56	58	58	2,9
PREVENTION COLLECTIVE	2 434	3 054	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 211	-1,4
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	482	522	517	503	498	500	478	413	-2,2
Campagnes en faveur des vaccinations*	24	25	24	24	24	24	24	23	-0,4
Lutte contre les IST ² , santé sexuelle, contraception*	28	31	28	33	31	24	21	12	-11,6
Lutte contre l'addiction*	89	98	105	101	98	93	83	76	-2,2
Nutrition - santé*	15	25	27	15	17	17	18	16	0,9
Autres pathologies*	19	26	22	19	27	31	31	28	6,0
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	307	317	311	311	301	311	302	257	-2,5
Actions sur l'environnement	1 952	2 532	1 876	1 871	1 871	1 823	1 807	1 799	-1,2
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	519	530	530	538	533	542	558	573	1,4
Prévention des risques professionnels	245	244	249	258	254	259	246	238	-0,4
Prévention et lutte contre la pollution	156	157	225	198	172	143	138	132	-2,3
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	296	308	319	305	325	325	312	325	1,3
Urgences et crises	97	580	-28	26	42	49	40	25	-17,7
Sécurité sanitaire de l'alimentation	638	712	582	546	544	505	512	506	-3,3
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE	5 792	6 535	5 831	5 802	5 796	5 939	5 925	5 859	0,2
Évolution en %	5,8	12,8	-10,8	-0,5	-0,1	2,5	-0,2	-1,1	
Double-compte avec la CSBM ³	-141	-147	-144	-108	-102	-103	-107	-98	
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS DOUBLE-COMPTÉ	5 652	6 389	5 687	5 694	5 694	5 836	5 818	5 761	0,3

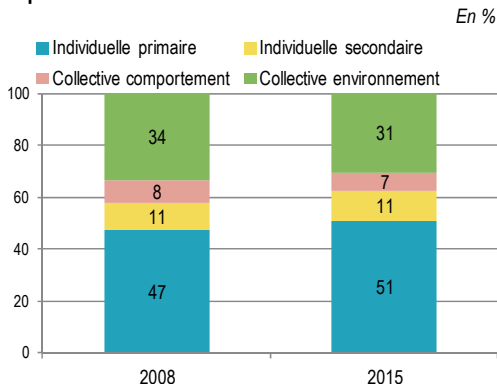
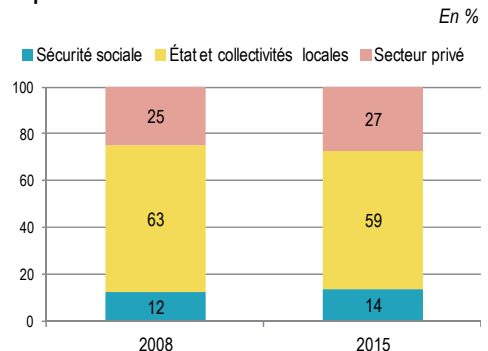
Note > *Ces différents items ne prétendent pas contenir l'ensemble des actions de prévention relevant de ces thématiques. En effet, des actions de prévention relatives à ces items peuvent être intégrées dans d'autres postes de la prévention institutionnelle, en particulier « les autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » ou encore les actions de dépistage.

¹ Concernent uniquement les dépenses de vaccinations « organisées » financées par les collectivités locales et le FNPEIS. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à 547 millions d'euros en 2015. Le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM.

² IST : infections sexuellement transmissibles.

³ Certaines dépenses de la prévention secondaire (vaccins, dépistages...) déjà incluses dans la CSBM sont retranchées afin d'éviter un double-compte.

Sources > DREES, Comptes de la santé, à partir de données diverses (Direction générale de la santé, CNAMTS, CCMSA, RSI, INPES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche...).

Graphique 1 Structure des dépenses de prévention**Graphique 2** Financement des dépenses de prévention

Sources > DREES, Comptes de la santé, à partir de données diverses (Direction générale de la santé, CNAMTS, CCMSA, RSI, INPES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche...).

Un financement de la formation essentiellement assuré par l'État et les régions

En 2015, les **dépenses de formation aux professions de santé** atteignent 2,2 milliards d'euros (tableau 1). Elles sont essentiellement composées (à 92 %) de dépenses destinées aux études de santé, le reste étant attribué à la formation continue des professionnels.

L'**État** assure 48 % du financement de la formation (graphique). Il prend en charge le coût de l'UFR santé, c'est-à-dire la formation initiale des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, et celui de la première année de formation pluridisciplinaire (PACES). La formation initiale des médecins, pharmaciens et vétérinaires militaires, ainsi que celle des infirmiers des forces, est assurée par le service de santé des armées sur les budgets de l'État.

En 2015, les **régions** financent près de 40 % des dépenses de formation aux professions de santé. Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, les régions ont la responsabilité du financement des établissements de formations sanitaires (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, techniciens de laboratoire, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, sages-femmes...). Elles ont en charge le fonctionnement et l'équipement des écoles et instituts publics et peuvent participer au fonctionnement et à l'équipement des établissements privés.

La **Sécurité sociale**, à travers l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), finance la formation continue des professions médicales exerçant en libéral, des professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés et des médecins hospitaliers.

Enfin, le secteur privé dont les **ménages** participent également à la formation aux professions de santé, à hauteur de 6 % en 2015, notamment en réglant leurs droits d'inscription ou de scolarité des études de santé.

Une progression des dépenses de formation de 3 % par an entre 2008 et 2015...

Entre 2008 et 2015, les dépenses de formation aux professions de santé ont augmenté de 3,1 % par an en moyenne, en particulier du fait de l'augmentation des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux

après la décentralisation de l'État vers les régions. Entre 2008 et 2015, ces crédits ont progressé de 4,2 % en moyenne par an pour atteindre 848 millions d'euros en 2015. La progression des dépenses de formation s'explique aussi par l'augmentation du nombre d'étudiants en UFR santé (2,1 % par an en moyenne entre 2008 et 2015), dont le coût unitaire de formation est resté stable sur la période.

La part des différents financeurs est restée très stable sur la période 2008-2015, avec une légère déformation au profit des régions et au détriment de l'État, du fait des évolutions évoquées.

... et des dépenses de recherche assez stables ces dernières années

La recherche en santé a été évaluée à 7,6 milliards d'euros en 2014. Pour le compte provisoire de l'année 2015, comme pour les années précédentes, cette dépense est évaluée sur la base d'éléments partiels. Elle s'élèverait également à 7,6 milliards d'euros, soit un niveau globalement stable depuis la fin des années 2000 (tableau 2). Toutefois, la structure du financement de la recherche se modifie, à la suite du recul des financements privés et associatifs (51 % du total, en baisse de 1,1 % de 2008 à 2015) au profit de la recherche publique (49 % du total, en hausse de 1,1 % sur la même période). Ces dépenses comprennent :

Parmi les financements publics :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIREs (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), etc., hors dépenses des universités ;
- la part liée à la santé dans les financements de l'Agence nationale de la recherche (ARS) ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires.

Parmi les financements privés et associatifs :

- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical ;
- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives).

Avertissement méthodologique

La méthodologie d'estimation des dépenses de formation a été revue depuis les éditions précédentes des comptes de la santé (cf. Annexe 2 : les révisions de l'édition 2016 des comptes de la santé).

Par ailleurs, les dépenses relatives à la formation des internes ne sont pas comptabilisées dans les dépenses de formation, car elles sont déjà intégrées au sein du poste « soins hospitaliers » de la CSBM.

Pour en savoir plus

Casteran-Sacrete B., 2016, « La formation aux professions de la santé en 2014 », *Document de travail*, Série Statistiques, DREES, n° 198.

Tableau 1 Dépenses de formation aux professions de santé en 2015

Montants en millions d'euros, évolution en %

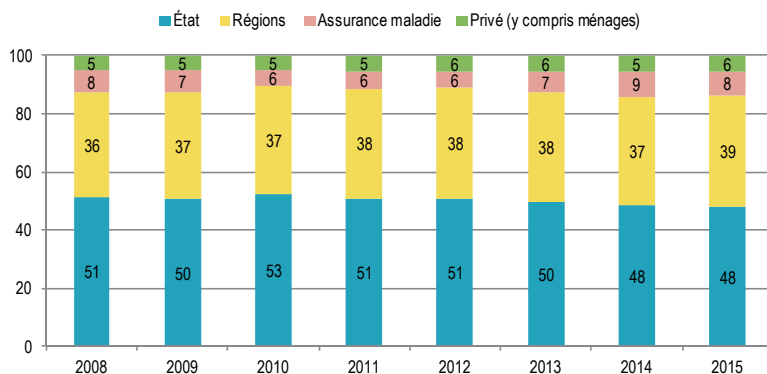
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Études de santé (UFR santé, écoles de santé, écoles du service de santé des armées)	1 634	1 763	1 816	1 878	1 917	1 981	2 003	2 012
Formation continue des professionnels de santé	141	146	112	127	122	165	206	184
Dépenses totales de formation	1 775	1 909	1 928	2 005	2 039	2 146	2 209	2 196
Évolution (en %)		7,5	1,0	4,0	1,7	5,2	2,9	-0,6

Note > L'UFR santé comprend les études de médecine, odontologie, pharmacie et PACES. Les écoles de santé comprennent les établissements de formation aux professions de : ambulanciers, infirmiers, sages femmes, masseurs kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médicale, aides-soignants, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture et préparateurs en pharmacie hospitalière.

Source > DREES, Comptes de la santé, à partir de données DREES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Graphique Répartition de la formation aux professions de santé par financement

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 Recherche en santé

En millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 548	7 582	7 588
Évolution en %	5,1	-2,1	-0,4	1,4	-0,4	0,7	0,5	0,1
Financements publics	3 401	3 344	3 498	3 490	3 620	3 673	3 678	3 681
Budget civil de recherche et de développement *	1 851	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934	1 936
Universités et hôpitaux universitaires	1 550	1 454	1 550	1 553	1 628	1 701	1 744	1 745
Financements privés et associatifs	4 210	4 108	3 923	4 035	3 874	3 875	3 905	3 908
Industries pharmaceutique et de matériel médical	4 084	3 992	3 815	3 928	3 733	3 658	3 675	3 678
Secteur associatif	126	116	108	108	141	217	230	230

* Recherche en santé des organismes inscrits à la MIREs (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) et des financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Note > Les dépenses de recherche clinique au sein des hôpitaux universitaires sont retracées au sein de la dépense hospitalière, elles sont donc en double compte.

Source > DREES, Comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,1 milliards d'euros en 2015, soit 1,3 % de moins qu'en 2014 (tableau). Ils comprennent les frais de gestion :

- des **différents régimes de Sécurité sociale**, et les coûts de gestion de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- des **organismes complémentaires** : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances, au titre de leur activité en santé ;
- du budget de fonctionnement du **ministère chargé de la Santé** (y compris celui des agences régionales de santé, ARS) ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des **opérateurs publics** contribuant au pilotage du système de santé (Haute Autorité de santé [HAS], Agence nationale d'appui à la performance [ANAP], Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière [CNG], Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales [ONIAM], Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH], Fonds CMU).

Des coûts de gestion publics moins dynamiques que la CSBM

En 2015, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale s'élèvent à 7,4 milliards d'euros, en baisse pour la seconde année consécutive. Entre 2005 et 2015, ce sont les frais qui ont connu la progression la plus lente (+0,8 % par an). Les frais de gestion des opérateurs publics (0,13 milliard d'euros) retrouvent en 2015 leur niveau de 2013 après avoir baissé de 15 millions d'euros en 2014. Les coûts de gestion du ministère chargé de la Santé s'élèvent à 0,6 milliard d'euros en 2015, en baisse de 22,4 % par rapport à 2014. En effet, la rémunération de certains internes extrahospitaliers et de leurs maîtres de stage libéraux a été transférée à l'assurance maladie.

Au total, l'ensemble des coûts de gestion publics ont progressé de 0,9 % par an entre 2005 et 2015.

Les coûts de gestion des complémentaires s'infléchissent en 2015

Sur dix ans, les coûts de gestion des organismes complémentaires se rapprochent en niveau de ceux de la Sécurité sociale : ils s'élèvent à 6,9 milliards d'euros en 2015, soit une augmentation de 4,1 % par an depuis 2005. Cette progression est moins forte en 2015 (+2,2 % par rapport à 2014), mais est supérieure à celle de leurs prestations du champ de la CSBM (+1,4 %, fiche 26) comme à l'ensemble des prestations versées en frais de soins (y compris chambres particulières... +1,8 %). Les

coûts de gestion des mutuelles s'élèvent à 3,5 milliards d'euros, ceux des sociétés d'assurances à 2,5 milliards et ceux des institutions de prévoyance à 0,9 milliard.

Toutefois, une précaution d'interprétation est nécessaire, car il est difficile de comparer les coûts de gestion des organismes complémentaires (46 % du total, graphique 1) avec ceux des régimes de base (49 % du total). Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées (cf. rapport cité en bibliographie). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer les attestations CMU-C et ACS ou les admissions en ALD par exemple). Par ailleurs, les régimes de base obligatoires réalisent des économies d'échelle, tandis que le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et que la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (réseau, publicité...). Enfin, les régimes de base reçoivent en première instance les feuilles de soins papier, plus coûteuses en gestion que les feuilles électroniques, puis les transmettent sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. Néanmoins, les organismes complémentaires interviennent directement dans le cas de soins non pris en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie...) ou traitent des feuilles de soins papier si la convention d'échange n'a pas été signée.

Les coûts de gestion des organismes complémentaires sont de trois sortes : les frais de **gestion des sinistres** correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des dossiers et des contentieux), les frais d'**acquisition** sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'**administration** retracent la gestion courante des contrats (encaissement des cotisations, administration des placements, réassurance...). Les institutions de prévoyance constituent la catégorie d'organismes pour laquelle les coûts de gestion représentent la plus faible part des cotisations (15 %), devant les mutuelles (19 %) et les sociétés d'assurances (23 %, graphique 2). Les coûts de gestion moins élevés des institutions de prévoyance s'expliquent par leur spécialisation sur la complémentaire santé d'entreprise : en faisant office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, l'entreprise peut permettre aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés, tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants. D'autres éléments expliquant les écarts de coûts de gestion entre organismes complémentaires sont exposés dans le rapport cité en bibliographie.

Pour en savoir plus

Montaut A., 2016, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n° 952.

Montaut A., 2016, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2015 », DREES.

Tableau Coûts de gestion du système de santé

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle en %

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Év. 2005-2015 (en %)	Év. 2014-2015 (en %)
Ensemble	12 132	13 898	14 410	14 654	15 190	15 316	15 116	2,2	-1,3
Régimes de Sécurité sociale *	6 854	7 654	7 617	7 613	7 806	7 597	7 422	0,8	-2,3
Organismes complémentaires **	4 633	5 454	5 952	6 156	6 448	6 773	6 920	4,1	2,2
- Mutuelles	2 576	2 873	3 046	3 209	3 380	3 444	3 534	3,2	2,6
- Sociétés d'assurances	1 473	1 912	2 137	2 157	2 284	2 440	2 470	5,3	1,2
- Institutions de prévoyance	584	669	769	790	784	890	916	4,6	3,0
Ministère chargé de la Santé ***	550	645	685	753	808	830	644	1,6	-22,4
Opérateurs publics ****	96	144	157	132	129	115	130	3,1	12,8

* CNAMTS, MSA, RSI et autres régimes de base ; CAMIEG. Sur toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins. La totalité des coûts de gestion des risques maladie et maternité est prise en compte (voir annexe 2). Une partie des coûts de gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, au titre des prestations pour invalidité permanente qui n'entrent pas dans le champ de la DCS.

** La contribution au Fonds CMU (transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle) n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires. La totalité des frais de gestion est prise en compte, y compris ceux afférents aux prestations connexes non incluses dans le champ de la DCS (chambres particulières...).

*** Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé :

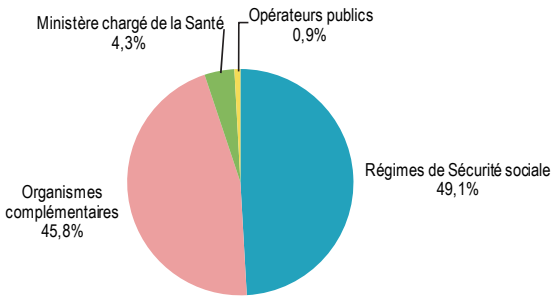
- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire, offre de soins).

**** Sont inclus ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATIH, CNG, ANAP, Fonds CMU et ONIAM. Les financements des autres opérateurs publics en santé (InVS, ABM, INTS, ANSM, EPRUS et INPES hors coûts de gestion) sont comptabilisés avec la prévention (fiche 34).

Sources > DREES, Comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, Comptes de la protection sociale ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et PLFSS annexe 8 ; DREES, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires.

Graphique 1 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2015

En %



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Coûts de gestion en santé des organismes complémentaires en 2015 selon leur nature

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Source > DREES, Comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

Les ménages et leur santé

La hausse de longue date de la CSBM dans la richesse nationale (fiche 2) a été moins forte ces dernières années à la suite des mesures de régulation de la dépense adoptées dans un contexte économique moins favorable (fiche 1).

Un soutien marqué mais nuancé des Français à la dépense de santé

Entre 2010 et 2013, la part des Français trouvant « normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé dans un pays développé » chute de 15 points, passant de 70 % à 55 % (graphique 1). Cela découle probablement de la crise économique et de l'accent mis sur la soutenabilité des dépenses publiques. De même, la part des Français déclarant qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses, car la santé n'a pas de prix » baisse de près de 10 points sur cette période, même si 58 % d'entre eux sont toujours de cet avis. Toutefois, ces proportions augmentent à nouveau fortement entre 2013 et 2015¹, respectivement de 12 et 6 points, pour revenir à des niveaux proches de ceux constatés avant la crise.

Les personnes dont le niveau de vie est le plus faible sont plus nombreuses à trouver « normal » que « dans un pays développé » l'on « dépense de plus en plus pour la santé » : 68 % des personnes des 1^{er}, 2^e et 3^e quintiles, contre 56 % des personnes du quintile le plus élevé (graphique 2). De même, cet avis est plus répandu parmi les personnes se déclarant en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé (72 %) que parmi les personnes qui jugent leur état de santé « bon » ou « très bon » (62 %).

Les Français très attachés à un système d'assurance maladie public et universel

Parmi les différents risques de la protection sociale, c'est pour la maladie que la volonté de conserver un système universel est de loin la plus forte. En effet, 76 % des Français pensent que l'assurance maladie doit bénéficier « à tous, sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) », les 24 % restants se prononçant pour un ciblage des remboursements de soins sur les seuls cotisants ou les plus modestes (graphique 3). À titre de comparaison, les Français sont davantage partagés sur ce principe d'universalité concernant les retraites (56 %), les allocations familiales (43 %) et les allocations chômage (38 %).

Ce souhait d'universalité a baissé entre 2010 et 2014 pour l'ensemble des risques de la protection sociale au profit d'un ciblage sur certaines catégories de population, avec toutefois une baisse moins marquée pour l'assurance maladie que pour les autres risques.

Cependant, en 2015, le soutien à l'universalité est de nouveau partagé par une part plus importante des Français (+6 points par rapport à 2014). La proportion de personnes interrogées souhaitant l'universalité des retraites et des allocations chômage augmente aussi, tandis qu'elle continue de diminuer pour les allocations familiales.

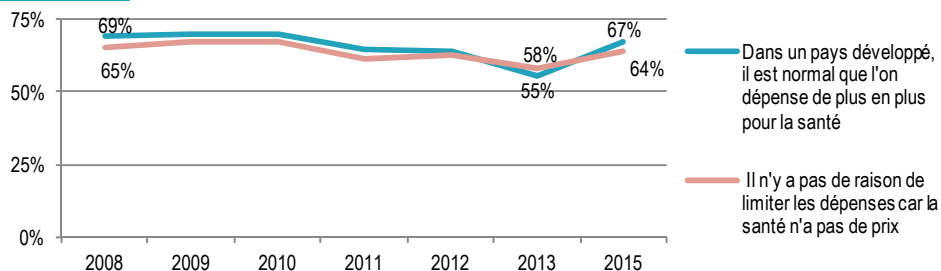
En France, en 2015, plus des trois quarts des dépenses de santé sont prises en charge par des financements publics (fiche 23). La prise en charge des dépenses par les complémentaires santé privées est beaucoup plus limitée, même si 95 % des personnes interrogées disent être couvertes par une complémentaire santé en 2015, soit un niveau cohérent avec les données des enquêtes Santé et Protection sociale.

Comme pour le système de retraite, l'hypothèse d'une privatisation du système d'assurance maladie est unanimement rejetée par les Français : 93 % des Français pensent que « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public » ; près des deux tiers adhèrent sans aucune réserve à cette affirmation. Cette opinion est très stable depuis 2008, première année où la question a été posée (graphique 4).

En toute cohérence, les Français pensent, en 2015, que les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables (24 %), avec les inégalités liées à l'origine ethnique (25 %). En particulier, les personnes se déclarant en « très mauvaise » santé répondent plus souvent que ces inégalités sont les moins acceptables (36 %), et également que ce sont les plus répandues (24 % contre 9 % pour le reste de la population). Cela traduit l'importance pour les Français d'avoir un système de santé qui soit accessible à tous dans les mêmes conditions. Certes, huit Français sur dix pensent qu'en France tout le monde peut être soigné quelles que soient ses ressources. Mais seule une petite moitié pense que la qualité des soins est identique en fonction du revenu.

Globalement, les Français sont assez satisfaits de l'assurance maladie. Huit sur dix estiment que notre système de Sécurité sociale fournit un niveau de protection suffisant et qu'il peut servir de modèle à d'autres pays. Toutefois, leur préoccupation reste forte concernant le coût de l'assurance maladie : 65 % estiment que le système coûte trop cher à la société.

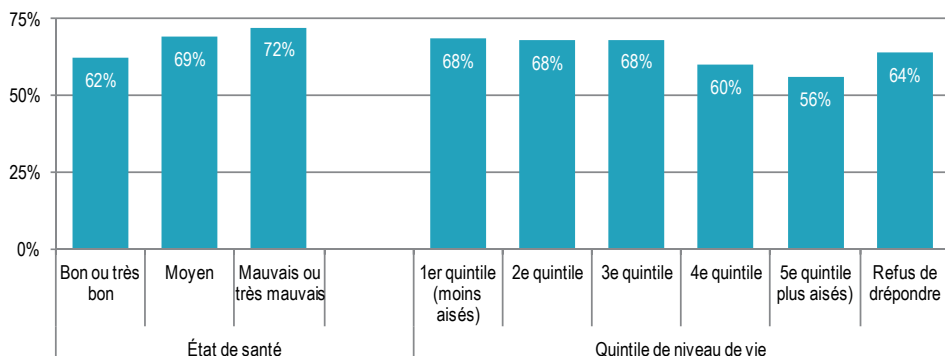
¹ Pour certaines questions, les données 2014 ne sont pas disponibles. Voir encadré « Pour en savoir plus ».

Graphique 1 Opinion des Français sur le niveau des dépenses de santé

Lecture > En 2015, 64 % des Français jugent qu'il n'y a pas de raison de limiter les dépenses de santé, car « la santé n'a pas de prix ».

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine s'étant exprimées sur ces questions.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2008-2015.

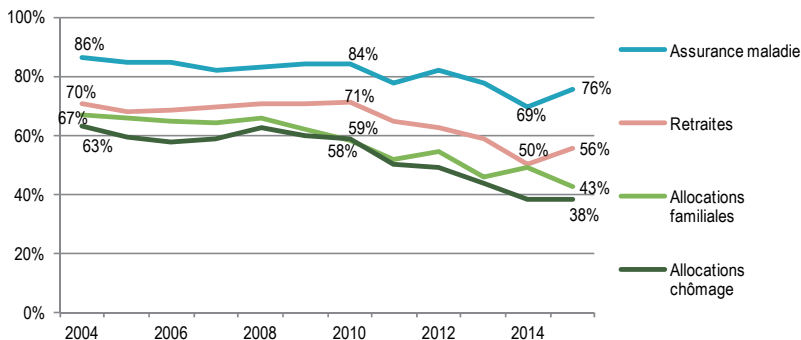
Graphique 2 Profil des personnes jugeant qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses de santé, car la santé n'a pas de prix »

Lecture > En 2015, 72 % des Français qui perçoivent leur état de santé comme mauvais jugent qu'il n'y a pas de raison de limiter les dépenses de santé, car la santé n'a pas de prix, contre 62 % des personnes qui estiment que leur état de santé est bon.

Note > L'état de santé est auto-déclaré, 36 % des personnes interrogées déclarent un état de santé bon ou très bon, 54 % déclarent un état de santé moyen, 10 % déclarent un état de santé mauvais ou très mauvais ; les quintiles de niveau de vie sont reconstitués à partir des revenus et de la composition familiale déclarés par les personnes interrogées.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine s'étant exprimées sur ces questions.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2015.

Graphique 3 Trois quarts des Français jugent que l'assurance maladie devrait bénéficier à tous sans distinction

Lecture > En 2015, 76 % des Français pensent que l'assurance maladie devrait bénéficier « à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel » ; ils étaient 69 % de cet avis en 2014.

Note > Réponses aux questions « A votre avis, [...] devrait-elle bénéficier... », cette question étant posée quatre fois pour : « l'assurance maladie », « les retraites », « les allocations familiales », et « les allocations chômage ». Les modalités de réponse proposées étaient : « uniquement à ceux qui cotisent », « uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls » et « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel ».

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine s'étant exprimées sur ces questions.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2015.

Les Français majoritairement opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies

Dès lors, comment maîtriser la progression des dépenses de santé tout en conservant un système d'assurance maladie universel public et sans accroître les inégalités d'accès aux soins ? Les répondants ont été interrogés sur certaines réformes couramment évoquées dans le débat public afin de mesurer leur avis sur les pistes envisageables conciliant ces exigences. La mesure qui recueille le moins d'avis favorables (16 %) serait de « réduire la prise en charge des longues maladies » (graphique 5). Cette proportion est stable depuis 2009, mais variable avec le revenu : 20 % des personnes du quintile de niveau de vie le plus faible citent cette modalité, contre 11 % des personnes du quintile le plus élevé.

Pour limiter le déficit, un Français sur cinq serait plutôt favorable, en 2015, à l'augmentation des cotisations (22 %), mais près d'un Français sur deux (45 %) serait favorable à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations ». Ces opinions ont peu fluctué depuis 2005 (première année où la question a été posée). Les personnes ayant le niveau de vie le plus faible sont moins souvent favorables à la limitation des remboursements (39 %), cette mesure étant à l'inverse plus populaire chez les plus aisés (50 %).

Les mesures recueillant le plus d'avis favorables pour réduire le déficit de l'assurance maladie concernent les professionnels de santé : il s'agirait de « limiter les tarifs des professionnels de santé »² (82 % d'opinions favorables), de « taxer davantage les fabricants de médicaments » (81 %) ou de « modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médicaments et d'exams, ou des médicaments et des exams moins chers » (68 %).

Cette année, une nouvelle piste pour réduire le déficit de l'assurance maladie a été proposée : « permettre aux infirmiers ou aux pharmaciens de faire certaines tâches à la place des médecins, comme le renouvellement d'ordonnance », qui est considéré comme une solution potentielle par six Français sur dix.

Le reste à charge en santé, une dépense jugée trop élevée par une majorité des Français

En 2015, après assurances maladie de base et complémentaire, 8,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) restent à la charge des ménages, et cette part diminue depuis 2008, où elle s'élevait à 9,3 %. Pour autant, six Français sur dix (62 %) déclarent que leur reste à charge³ en santé est un peu ou beaucoup trop élevé (graphique 6). Un peu plus d'une personne sur dix considère même qu'il l'est « beaucoup trop » (12 %), proportion qui atteint une sur quatre (25 %) parmi les rares enquêtés sans complémentaire santé.

Seulement 11 % des personnes déclarant un état de santé bon ou très bon jugent que leur reste à charge en santé est beaucoup trop élevé, contre 17 % pour le reste de la population. On observe aussi un gradient en fonction du revenu, le reste à charge étant perçu comme excessif par 18 % des Français du quintile de niveau de vie le plus faible, contre 7 % pour ceux du quintile le plus élevé.

Présentation du Baromètre

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête annuelle de suivi de l'opinion des Français depuis 2000 sur la santé, les inégalités, la protection sociale (dans toutes ses dimensions : assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion) et, depuis 2014, sur la cohésion sociale. Réalisée par l'institut BVA depuis 2004, l'enquête est effectuée en face à face d'octobre à décembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).

Les questions relatives à l'opinion sur les dépenses de santé, le monopole de la Sécurité sociale et la solidarité du système d'assurance maladie sont posées seulement les années impaires. Certaines des questions exploitées ici n'ont donc pas été posées en 2014, seule une comparaison 2013-2015 est possible (graphiques 1 et 4).

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

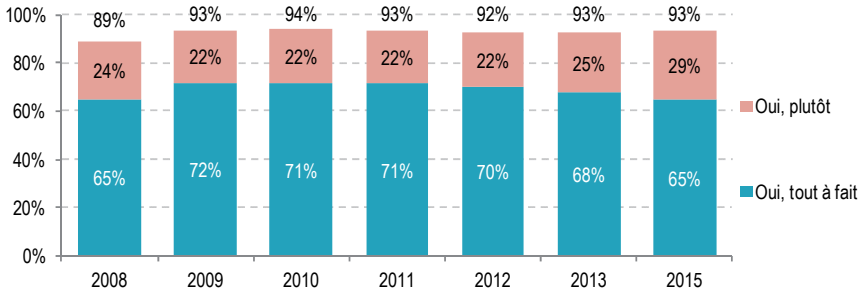
Les réponses à une enquête d'opinion sont sensibles à la formulation des questions ou à leur place dans le questionnaire. Elles permettent néanmoins de mener des comparaisons entre catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps, à formulation des questions et organisation du questionnaire inchangées. De telles variations donnent une information sur la manière dont les opinions évoluent en fonction de la conjoncture, des politiques mises en œuvre et du contexte médiatique. Toutefois, de trop petites variations (de l'ordre d'un ou deux points de pourcentage) peuvent ne refléter que des imperfections de mesure et ne sont pas analysées.

Pour des raisons de commodité, les personnes interrogées dans le cadre de ce Baromètre (résidents en France métropolitaine de 18 ans ou plus) sont désignées ici par le terme « Français ».

² L'item qui rencontre le plus d'opinions favorables, à savoir « limiter les tarifs des professionnels de santé », n'a pas forcément d'effet direct sur la réduction du déficit de la branche maladie, mais plutôt sur les dépassements d'honoraires et sur les restes à charge, sauf à supposer qu'il s'agisse d'une limitation des tarifs conventionnels qui servent de base de remboursement à la Sécurité sociale.

³ Somme restant à payer au titre de ses soins, déduction faite des remboursements provenant de sa caisse d'assurance maladie et de sa complémentaire santé éventuelle.

Graphique 4 Plus de neuf Français sur dix pensent que le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public

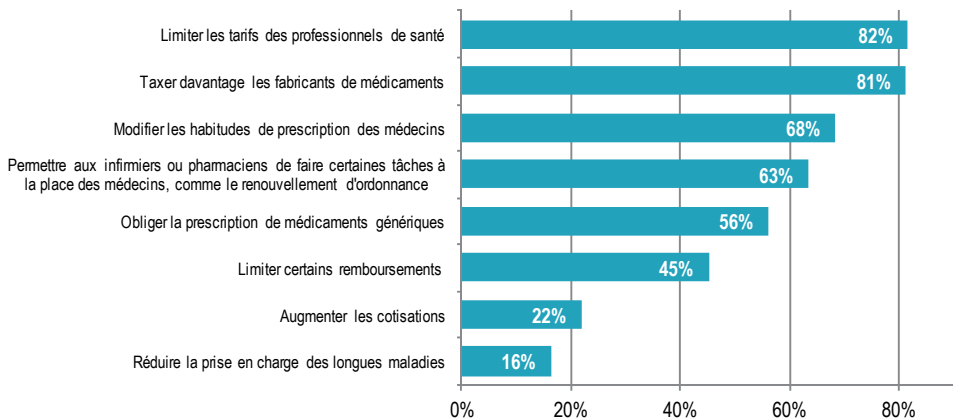


Lecture > En 2015, 93 % des Français pensent que le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public, et 65 % sont « tout à fait d'accord » avec cette opinion.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine s'étant exprimées sur ces questions.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2008-2015.

Graphique 5 Les pistes privilégiées par les Français pour réduire le déficit de l'assurance maladie portent sur les pratiques des professionnels de santé

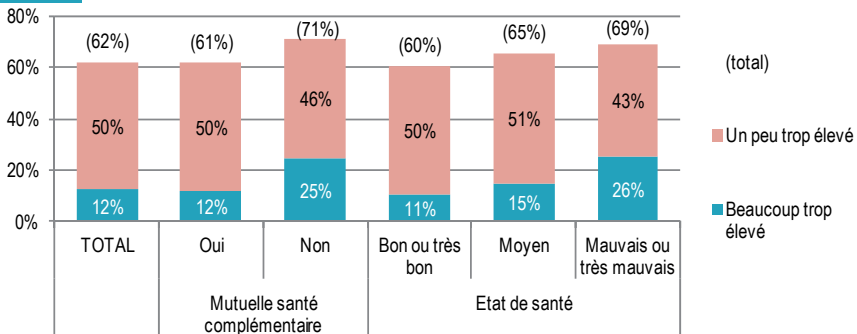


Lecture > En 2015, 82 % des Français sont plutôt favorables à la limitation des tarifs des professionnels de santé pour réduire le déficit de la Sécurité sociale.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine s'étant exprimées sur ces questions.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2015.

Graphique 6 Six Français sur dix pensent que leur reste à charge est un peu ou beaucoup trop élevé



Lecture > En 2015, 50 % des Français pensent que leur reste à charge est « un peu trop élevé », et 12 % qu'il est « beaucoup trop élevé », soit un total de 62 % le jugeant élevé. 25 % des personnes sans complémentaire santé et 26 % des personnes qui déclarent un mauvais état de santé jugent leur reste à charge « beaucoup trop élevé ».

Note > Réponse à la question : « A propos de vos dépenses de santé, considérez-vous que le reste à charge, c'est-à-dire ce qu'il vous reste à payer après remboursement par la sécurité sociale et votre complémentaire santé est... ? » : « Beaucoup trop élevé », « un peu trop élevé », « un peu trop faible », « Beaucoup trop faible ».

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine s'étant exprimées sur ces questions.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2015.

En 2014, 6 % de la population des quinze pays membres de l'Union européenne (UE) renonce à des soins médicaux et près de 8 % à des soins dentaires (graphique 1). Les difficultés d'accès aux soins dans les pays de l'UE et les motifs sous-jacents sont appréhendés ici par des indicateurs de renoncement disponibles dans **SILC**. Ces indicateurs permettent de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen et de traitements médicaux, ou dentaires, du fait de contraintes financières, de problèmes d'offre (délais d'attente ou éloignement géographique) ou de considérations personnelles.

Plus de renoncement aux soins dentaires qu'aux soins médicaux pour raisons financières...

Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce (13 %), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 et pour lesquels les données sont disponibles (NM 2004, 10 %) et en Suède (9 %). Ils sont très proches de la moyenne en France et en Allemagne (6 %), plus élevés en Italie (8 %) et plus faibles au Royaume-Uni (4 %) et aux Pays-Bas (1 %). Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux : au sein de l'UE 15, un tiers des personnes déclarant renoncer à des soins le font en raison du coût trop élevé. En Grèce et en Italie, le coût est de loin le principal motif de renoncement (dans 8 cas sur 10). Au sein des NM 2004, cette proportion est un peu plus élevée que dans l'UE 15 (près de 4 fois sur 10). En France, parmi ceux renonçant à des soins, les coûts trop élevés sont également une raison avancée dans près de 4 cas sur 10. Sont ensuite cités les listes d'attente, dans un peu plus de 1/10 des cas de renoncement dans l'UE 15, et légèrement moins dans les pays d'Europe du Sud et en France. Au Royaume-Uni, la proportion de la population déclarant renoncer aux soins médicaux est faible, mais dans la moitié des cas, c'est la conséquence des listes d'attente. En revanche, l'éloignement géographique ne constitue généralement pas un motif de renoncement (quasiment nul en France et 1/5 des renoncements dans l'UE 15), mais touche un peu plus les NM 2004. Les autres motifs avancés relèvent plus de décisions personnelles, d'un refus ou d'une défiance à l'égard du système de santé que de contraintes liées à l'accès. Le cas de la Suède est particulier : 2/5 des personnes interrogées déclarent préférer attendre et voir si le problème de santé se résout de lui-même, alors que l'attente n'est avancée par les Français et les résidents de l'UE 15 que dans 1/5 des cas de renoncement.

Les écarts entre pays sont plus prononcés en matière de soins dentaires non satisfaits et sont révélateurs d'une moindre couverture publique que pour les soins médicaux. Le taux de renoncement pour ces soins est supérieur à la moyenne européenne (7 % dans l'UE 15) dans les pays du Sud (Portugal 19 %, Grèce 14 %, Italie 12 % et Espagne 10 %) et en France (9 %). Il est plus faible aux Pays-Bas (3 %), en Allemagne et au Royaume-Uni (4 %). Le coût élevé des soins dentaires est

la principale cause de renoncement évoquée en France (plus de la moitié) comme en moyenne au sein de l'UE 15 (2 fois sur 3). En Italie, en Grèce et plus encore au Portugal, ce motif est plus élevé (entre 8 et 9 fois sur 10). En Italie, les dépenses de prothèses dentaires sont en effet intégralement à la charge du bénéficiaire. C'est également le cas pour les autres soins dentaires, sauf en cas de grande vulnérabilité sociale ou sanitaire donnant droit à la gratuité. Les listes d'attente et l'éloignement sont des motifs de renoncement peu évoqués pour les soins dentaires. En revanche, parmi les autres motifs, la peur est plus fréquemment mentionnée que pour les soins médicaux et l'attente n'est moins souvent.

... affectant de façon très différenciée les personnes selon les revenus et les pays

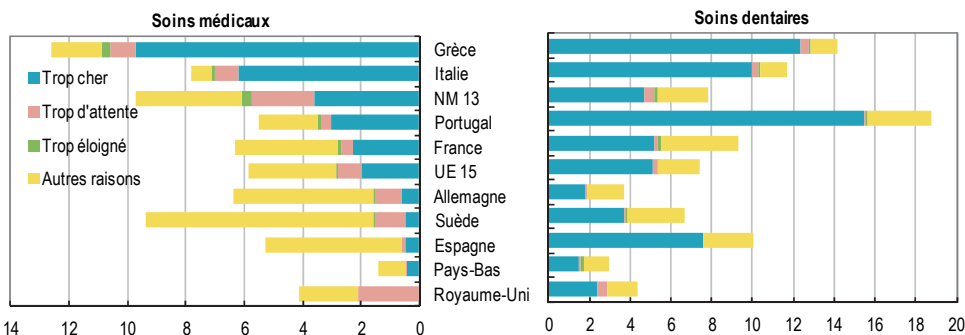
En moyenne, dans l'UE 15, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût atteint 5 % pour les personnes à plus bas revenus (1^{er} quintile), tandis qu'il est inférieur à 1 % pour celles qui disposent des revenus les plus élevés (5^e quintile). Pour les soins dentaires, le taux de renoncement aux deux extrémités de la distribution des revenus et l'écart entre le 1^{er} et le 5^e quintile est plus élevé que pour les soins médicaux (graphique 2). De même, près de 5 % des chômeurs de l'UE 15 renoncent aux soins pour raisons financières, contre environ 2 % des personnes en emploi, des retraités et des autres inactifs. Les disparités selon le revenu sont un peu plus marquées en France que dans l'UE 15, en particulier en raison du coût pour les personnes à plus bas revenus. Les retraités sont les seules personnes déclarant moins souvent renoncer en moyenne à des soins pour raisons financières en France qu'au sein de l'UE 15 (tableau).

Le Royaume-Uni est le seul pays analysé ici où le renoncement aux soins médicaux est aussi faible aux deux extrémités de la distribution de revenus. La gratuité des soins peut expliquer cette absence d'écart. Au Portugal, le renoncement aux soins dentaires est très fréquent pour les personnes à plus bas revenus (29 %). Aux Pays-Bas, en Espagne, en Allemagne ou en Suède, le taux de renoncement des plus démunis n'excède pas 2 % pour les soins médicaux, alors que des disparités bien plus importantes existent pour les soins dentaires, en particulier en Espagne (17 % de renoncement pour le 1^{er} quintile, contre 1 % pour le 5^e quintile). Pourtant, des populations bien identifiées, dont les plus jeunes et les plus démunis, bénéficient d'une prise en charge des prothèses dentaires, partielle en Espagne ou totale en Grèce.

Les comparaisons internationales des déclarations de renoncement aux soins doivent être effectuées avec prudence, car la formulation des questions peut varier entre les pays. En outre, les résultats peuvent être influencés par des facteurs socioculturels, des attentes différentes, ou refléter le mécontentement de patients en réaction à des réformes du système de santé.

Graphique 1 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2014

En %

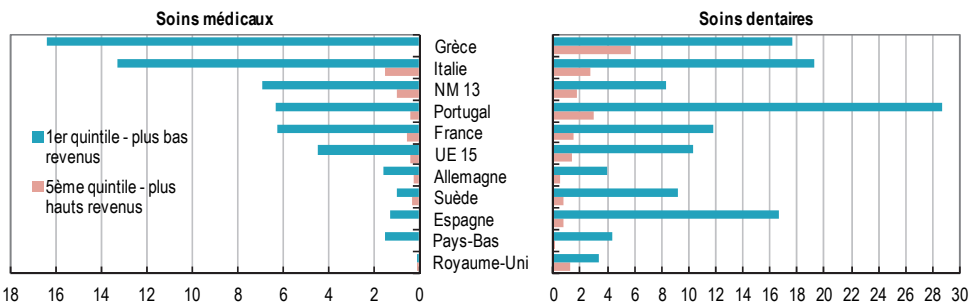


Lecture > Un peu plus de 12 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2014. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour moins de 10 % d'entre eux, les délais d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que le manque de temps, la peur du médecin, l'attente, la défiance vis-à-vis des médecins, etc., pour moins de 2 %.

Source > Eurostat, EU-SILC 2014, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 2 Besoins non satisfaits pour raisons financières, par type de soins et en fonction du revenu disponible équivalent en 2014

En %



Lecture > En France, en 2014, 2 % des 20 % de la population les plus riches et 12 % des 20 % les plus pauvres déclarent renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières.

Note > Pour le 5^e quintile de revenus, la Grèce ne renseigne pas le motif « trop cher » pour les soins médicaux.

Source > Eurostat, EU-SILC 2014, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Tableau Besoins de soins médicaux non satisfaits, par statut d'activité en 2014

En %

Motif de renoncement		Statut d'activité				Ensemble de la population
		Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	
Trop cher	UE 15	1,5	4,6	1,7	2,2	2,0
	France	2,0	6,0	1,6	2,9	2,3
	NM 13	1,8	7,0	5,9	4,0	3,6
Trop d'attente	UE 15	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8
	France	0,6	0,3	0,2	0,2	0,4
	NM 13	1,8	1,5	3,1	2,0	2,1
Autres motifs	UE 15	3,4	5,0	2,5	2,7	3,1
	France	4,8	4,3	1,8	2,8	3,6
	NM 13	4,0	3,6	4,8	3,1	4,0

Source > Eurostat, EU-SILC 2014, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) ou **SRCV** (Statistiques sur les revenus et conditions de vie) : enquête réalisée dans les pays membres de l'UE. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Pour en savoir plus

Base de données « SILC 2004-2014 » d'Eurostat, consultable sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

OCDE (2015), « *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE* », OECD Publishing, Paris.

DREES (2012), « *Renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011, à Paris* ».

4+

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés



Comparaisons internationales des dépenses de santé

Ce dernier chapitre du panorama présente des comparaisons internationales des dépenses de santé et des restes à charge des ménages. Ces comparaisons s'appuient principalement sur le système international de comptes de la santé, *SHA (System of Health Accounts)*, commun à Eurostat, l'OCDE et l'OMS.

La première fiche (41) détaille la dépense courante de santé au sens international, dont le périmètre diffère de celui retenu en France. Les suivantes (fiches 42 à 46) dressent un panorama ciblé sur les principaux postes de dépenses : soins de médecins, soins dispensés par d'autres professionnels de santé, soins dentaires, médicaments et soins hospitaliers. Elles sont suivies de la fiche 47, qui détaille le concept élargi de soins de longue durée employé en comparaison internationale.

Enfin, cette section se conclut par des analyses comparatives du niveau du reste à charge en santé des ménages au niveau international (fiche 48).

L'UE 15 dépense 10,5 % de son PIB pour la santé

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 16,6 % du PIB en 2014, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE, en lien notamment avec des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques. Plus de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et le Japon dépensent 11,4 % de leur PIB pour la santé. En France, la DCSi s'établit à 11,1 % du PIB, un niveau très proche de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas, et supérieur à la moyenne de l'UE 15 (10,5 %). Dans les pays du sud de l'Europe, les dépenses de santé sont en revanche plus faibles que la moyenne de l'UE 15. La plupart des pays d'Europe centrale comme la Hongrie ou la Pologne dépensent nettement moins : en moyenne, les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 et pour lesquels les données sont disponibles (NM 2004) consacrent 7,2 % de leur PIB à la santé (graphique 1).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne de l'UE 15, à un niveau proche de la Belgique, du Canada ou du Japon. Les écarts relatifs de pouvoir d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Depuis la crise, les dépenses de santé augmentent de manière moins soutenue

Entre 2007 et 2009, les dépenses de santé rapportées au PIB ont crû en moyenne de 5,6 % dans l'UE 15, du fait de la contraction du PIB dans de nombreux pays, alors que les dépenses de santé continuaient à progresser en termes réels au même rythme qu'avant la crise.

La croissance des dépenses de santé, en part de PIB comme à prix constant, marque le pas en 2010, dans un contexte de réduction ou de ralentissement de la progression des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (fiche 51). Certains pays d'Europe en particulier ont connu une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2014 (les pays du sud de l'Europe, le Danemark et les Pays baltes).

Ainsi, entre 2011 et 2014, les dépenses de santé progressent de moins de 1 % par an dans l'UE 15 en termes réels, à un rythme trois fois plus faible qu'avant la crise, de 2003 à 2007 (graphique 2). Ce rythme est néanmoins très légèrement supérieur à la croissance du PIB (+0,2 % par an en termes réels entre 2011 et 2014). Parmi les NM 2004, la progression des dépenses de santé est légèrement plus soutenue en termes réels que dans l'UE 15, mais l'écart est moindre qu'avant la crise et la part des dépenses dans le PIB y diminue du fait d'une croissance économique généralement plus dynamique.

Aux États-Unis, le ralentissement de la croissance réelle de la DCSi est beaucoup moins marqué. La DCSi y croît ainsi de 2,4 % par an entre 2011 et 2014. La part de la DCSi dans le PIB est stable depuis 2009. En revanche, cette part diminue au Canada, la croissance réelle des dépenses étant divisée par trois par rapport à la période précédant la crise.

Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat.

L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)**. Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion. Pour l'imbrication avec les concepts de la CSBM et de la DCS au sens français, voir l'annexe 1.

Dans cet ouvrage sont considérés les pays suivants : les pays de l'Union européenne pour lesquels les données sont disponibles, la Suisse, la Norvège, le Canada, les États-Unis et le Japon. La moyenne de l'UE 15 regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004, et la moyenne NM 2004 les autres pays de l'UE pour lesquels les données sont disponibles.

Pour en savoir plus

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.

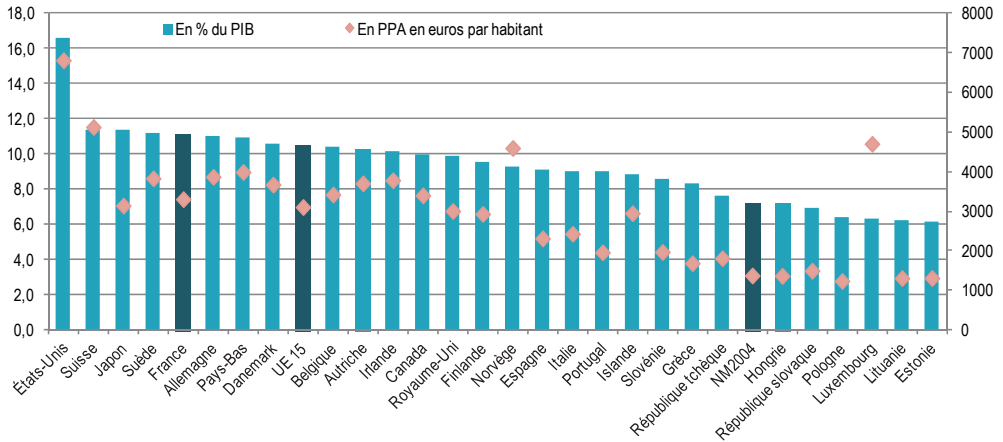
SHA : System of Health Accounts, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.

OCDE (2015), «Panorama de la santé 2015», édition OCDE.

Annexes sur la méthodologie des comptes de la santé.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international en 2014

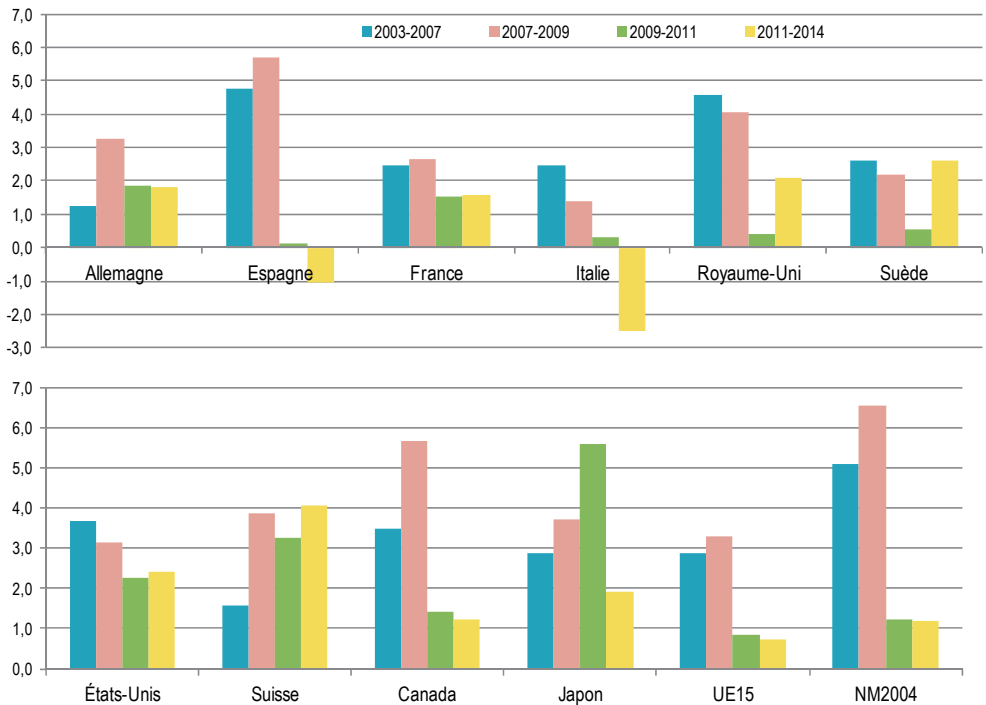
En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Évolution annuelle moyenne réelle de la dépense courante de santé au sens international

Évolution annuelle moyenne de la DCSI en PPA en euros constants 2010, en %



Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : France 2005-2006, Italie 2013-2014, Royaume-Uni 2012-2013, Suède 2010-2011, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE 15 et NM 2004 sont corrigées des ruptures de série.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

La densité médicale croît à un rythme ralenti

En 2014, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 370 dans les pays de l'UE 15 (graphique 1). En Europe, cette densité passe du simple au triple : elle varie de 230 médecins pour 100 000 habitants en Pologne à 630 en Grèce. Elle est sensiblement supérieure à la moyenne de l'UE 15 dans plusieurs pays : 410 en Allemagne, en Suède et en Suisse, 430 en Lituanie, 440 au Portugal et en Norvège et 500 en Autriche. Avec une densité de 310 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe à un niveau très proche de la Finlande et de la Belgique et en dessous de la moyenne de l'UE 15. Aux États-Unis, au Canada et au Japon, la densité de médecins est sensiblement plus faible que la moyenne de l'UE 15 (respectivement 260, 250 et 240).

La densité de médecins a fortement augmenté depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme plus faible depuis 1990. La croissance de la densité atteint en moyenne 1,3 % par an entre 2000 et 2014 dans l'UE 15. Sur cette période, elle a été particulièrement dynamique en Grèce, au Portugal, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (2,3 % à 2,7 % par an). Dans ces deux derniers pays, les effectifs de nouveaux diplômés ont fortement crû au début des années 2000. En revanche, la densité a très peu progressé dans d'autres pays, notamment en Italie, en France et en République slovaque (0,1 % à 0,2 %).

De plus en plus de spécialistes

Les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport entre les effectifs de spécialistes et de généralistes est passé de 1,3 en moyenne en 2000 à 1,5 en 2014 dans les pays de l'UE 15 pour lesquels les données sont disponibles (NM 2004). Dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes (graphique 2). En France et au Canada, on compte presque autant de généralistes que de spécialistes.

Cette analyse est toutefois rendue fragile, car certains pays ont des difficultés à renseigner la spécialité pour une partie des médecins, qui sont alors regroupés

dans la catégorie « autres ». C'est le cas en particulier dans les pays nordiques et en Grèce.

Des disparités importantes du nombre de consultations par an et par personne

Dans plusieurs pays (Canada, Danemark, France, Pays-Bas, 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. Dans d'autres pays, comme la Suède, certains professionnels de santé (infirmiers spécialisés par exemple) jouent un rôle important dans les soins primaires, évitant ainsi le recours à un médecin, ce qui modère le nombre de consultations de médecins par habitant.

En 2014, le nombre de consultations annuelles par habitant atteint en moyenne 7,5 au sein de l'UE 15 et 8,7 parmi les NM 2004 (graphique 3). Les disparités sont très importantes : moins de trois consultations par habitant et par an en Suède, onze et plus en République tchèque, en République slovaque, en Hongrie ou au Japon. Le nombre de consultations annuelles en France se situe en dessous de la moyenne de l'UE 15, avec 6,3 consultations par habitant en 2014.

Parmi les pays européens, les pays où les médecins sont principalement payés à l'acte (l'Allemagne par exemple, avec 9,9 consultations par personne et par an) auraient plutôt des taux de consultations supérieurs à ceux que l'on observe dans les pays où les médecins sont majoritairement salariés (Finlande, Suède).

Au Japon, le nombre de consultations par an et par habitant (12,8) est plus élevé que dans tous les autres pays considérés ici. Au Canada, il s'élève à 7,6, un niveau proche de la moyenne de l'UE 15.

Chaque médecin effectue environ 2 000 consultations par an en 2014 dans les pays de l'UE 15 pour lesquels les données sont disponibles. Ce ratio est stable depuis 2000 dans ces pays, le nombre de consultations ayant augmenté au même rythme que les effectifs de médecins sur cette période. En France, ce ratio était supérieur à la moyenne de l'UE 15 en 2000, mais a diminué entre 2000 et 2014, pour s'établir en 2014 à moins de 1 900 consultations par an et par médecin.

Définitions

Généralistes : il s'agit de médecins spécialistes de médecine générale selon la définition de l'OCDE, c'est-à-dire des médecins généralistes, des médecins de soins primaires, des médecins de famille, des internes et des résidents spécialisés en médecine générale ou pas encore spécialisés selon les pays (lorsqu'ils ne figurent pas dans la catégorie « autres »). Sont exclus les praticiens cliniques et les assistants (« Feldschers »). En particulier, en France, sont exclus les internes, les résidents, les stomatologues et les dentistes.

Les **spécialistes** comprennent les pédiatres, les gynécologues et les obstétriciens, les médecins spécialistes de médecine interne et les psychiatres.

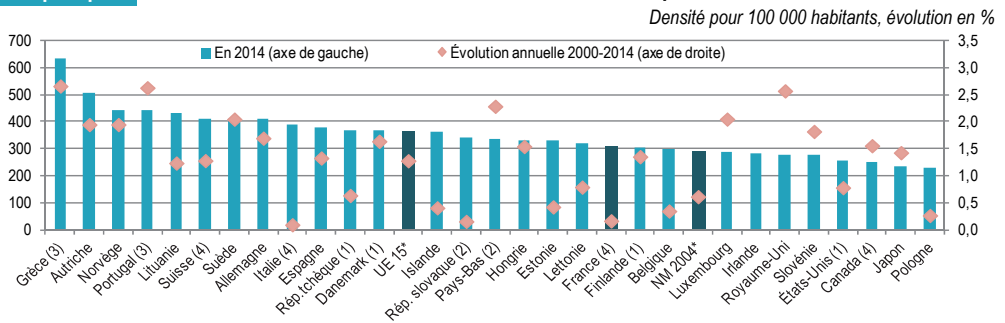
Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages.

Pour en savoir plus

OCDE, « Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, 2015.

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>

Graphique 1 Densité de médecins en activité en 2014 et évolution depuis 2000

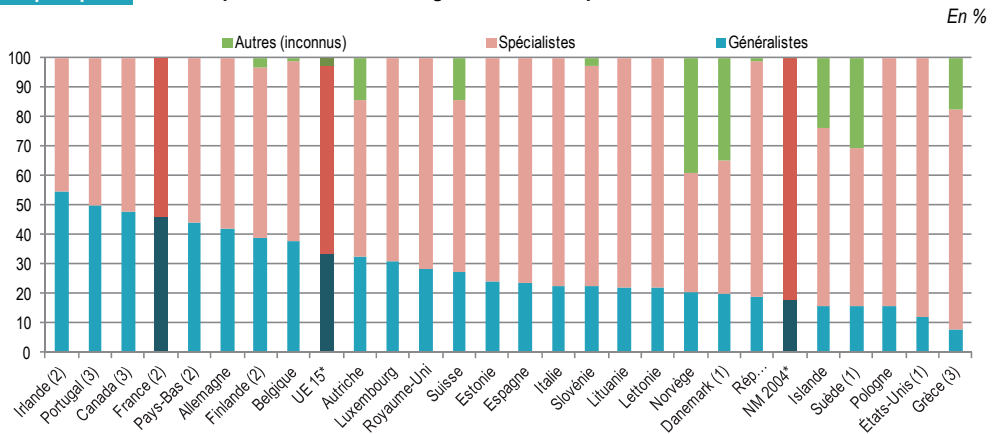


Note > (1) Données 2013 ; (2) Professionnellement actifs en 2000 et 2014 ; (3) Habilités à exercer en 2000 et 2014 ; (4) Évolution 2000-2014 des médecins professionnellement actifs ; * Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles.

Les médecins en activité sont les médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral. La plupart des pays incluent les « internes » et les « résidents ». Les **médecins professionnellement actifs** incluent également les médecins enseignants ou chercheurs, qui ne sont pas directement en contacts des patients. Les **médecins habilités à exercer** incluent l'ensemble des médecins ayant une habilitation, dont certains peuvent en fait être retraités.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 2 Parts respectives de médecins généralistes et spécialistes en 2014

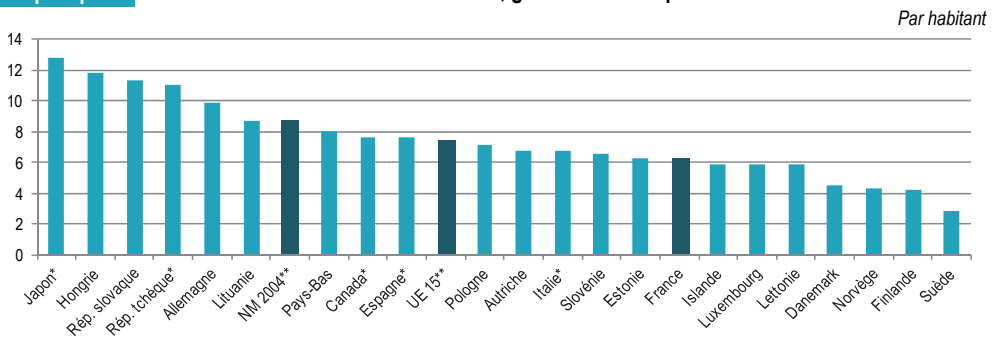


Note > (1) Données 2013 ; (2) Professionnellement actifs ; (3) Habilités à exercer ; * Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles, moyenne NM 2004, hors Hongrie et République slovaque.

Spécialistes : Pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres, autres spécialiste médicaux et chirurgicaux.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 3 Nombre de consultations de médecins, généralistes et spécialistes en 2014



Note > * Données 2013 ; ** Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles ; moyenne UE 15, hors Belgique, Grèce, Irlande, Portugal et Royaume-Uni.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Un bon accès aux soins nécessite une offre de professionnels de santé en nombre suffisant et répartie sur le territoire en fonction des besoins. Or, cette répartition est inégale pour les auxiliaires médicaux (infirmiers, aides soignants) et les sages-femmes en Europe, aux États-Unis, au Canada et au Japon. La démographie des professionnels de santé et leur répartition sont des sujets de préoccupation dans un contexte de vieillissement de la population susceptible d'accroître certains besoins de soins. Les pouvoirs publics ont ainsi pour souci prégnant d'améliorer la régulation de la démographie de ces professions. Deux leviers ont été mis en place en ce sens : d'une part, développer l'offre de soins grâce à un nombre croissant de diplômés et, d'autre part, redéfinir les contours de la pratique professionnelle dans le sens d'une revalorisation de ces professions.

Une démographie de ces deux professions plus dynamique en France que dans l'UE 15

En 2014, en moyenne au sein de l'UE 15, la densité des professionnels de santé en activité¹ pour 100 000 habitants s'élève à 940 pour les infirmiers (graphique 1) et à 34 pour les sages-femmes (graphique 2). Les densités d'infirmiers et de sages-femmes sont respectivement moindres (604) et plus élevées (45) dans les pays qui ont adhéré à l'UE depuis 2004 (NM 2004, cf. glossaire). L'ensemble de ces moyennes cache toutefois des disparités importantes, en partie liées à des structures démographiques différentes (part de personnes âgées dans la population pour les infirmiers, part de femmes en âge de procréer pour les sages-femmes, cf. fiche 6).

S'agissant des infirmiers, au sein de l'OCDE, la Norvège, le Danemark et la Suisse en comptent plus de 1 700 pour 100 000 habitants, contre moins de 500 en Grèce et en Lettonie. La densité d'infirmiers augmente dans la quasi-totalité de l'UE 15, en moyenne de 1,0 % par an entre 2010 et 2014, alors qu'elle est stable (-0,1 %) dans les NM 2004. Aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Irlande, en Italie et en Grèce, seuls pays de l'UE 15 où la densité baisse, la pénurie d'infirmiers est reconnue. En France, la densité d'infirmiers a progressé plus vite que la moyenne de l'UE 15 entre 2010 et 2014, et désormais la dépasse légèrement. S'agissant des sages-femmes, la densité pour 100 000 habitants a aussi progressé un peu plus vite en France que la moyenne de l'UE 15 et l'a presque rattrapée désormais. La densité de sages-

femmes est assez stable en Europe : elle s'accroît de 0,3 % dans l'UE 15 et baisse de 0,2 % dans les NM 2004 en moyenne annuelle entre 2010 et 2014. Toutefois, elle baisse notamment en Italie (-5,1 % par an), au Royaume-Uni (-1,2 % par an) et au Luxembourg (-0,8 % par an) sur cette période.

En 2014, le rapport entre le nombre d'infirmiers et le nombre de médecins est en moyenne de 2,6 dans l'ensemble de l'UE 15 et de 2,0 dans les NM 2004. Des disparités sont importantes au sein des pays de l'OCDE, le ratio allant de 1,3 en Espagne à 4,8 au Japon (graphique 3), la France se situant à un niveau plutôt élevé (2,9) et en progression. Par ailleurs, le ratio des effectifs de sages-femmes par rapport aux médecins gynécologues obstétriciens s'élève à 2,1 en moyenne dans l'UE 15 en 2014.

Un nombre croissant de jeunes diplômés

Selon la directive de 2005 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, la formation des auxiliaires médicaux et des sages-femmes dispensée au sein de l'Europe comporte des dénominateurs communs (durée minimale de la formation de base, objectifs globaux, formation en école ou en université). Mais les NM 2004 doivent encore redéfinir leurs modalités de formation pour que leurs diplômes soient reconnus dans l'UE.

Le nombre d'infirmiers diplômés a augmenté depuis dix ans dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Toutefois, les efforts consacrés à leur formation initiale sont très hétérogènes. Si, en 2014, on compte en Europe des proportions proches d'infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans l'UE 15 (41) et dans les NM 2004 (39), dans l'OCDE, les écarts sont supérieurs. Les extrêmes varient de 9 nouveaux infirmiers au Luxembourg pour 100 000 habitants à 91 au Danemark (graphique 4).

En Europe, le niveau de formation des infirmiers et leurs prérogatives sont assez homogènes. Contrairement à la France, il n'existe pas de quotas infirmiers dans la majorité des pays, mais parfois des ajustements en fonction des besoins de santé publique (Finlande, Grèce) ou des capacités de formation. L'Allemagne a ainsi accru l'offre de filières de niveau supérieur en université, en complément des formations classiques de l'enseignement professionnel.

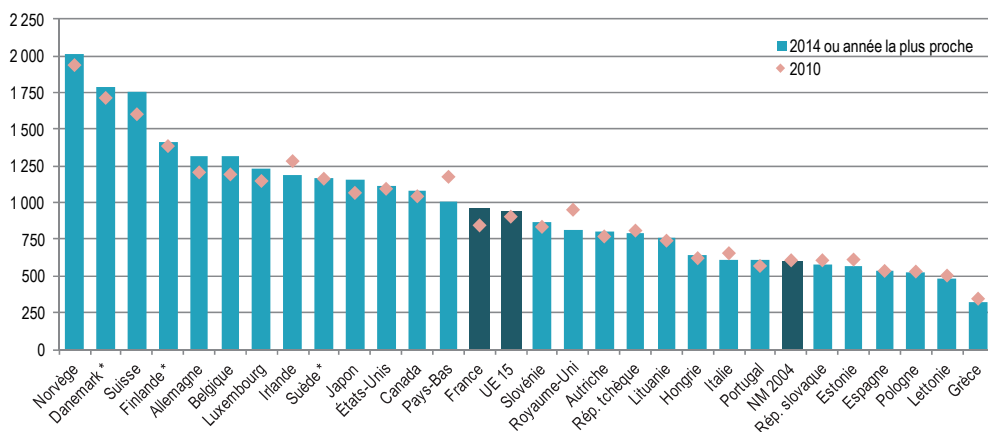
¹ En l'absence de données sur les professionnels en activité, les données retenues sont celles des professionnels en exercice pour l'Allemagne, l'Autriche, l'Estonie, la Finlande, la Grèce, la Hongrie, la République tchèque, le Royaume-Uni et la Suisse.

Définitions :

Le **nombre de professionnels** en activité couvre l'ensemble du personnel employé dans des structures publiques ou privées, fournissant des soins directement aux patients. Certains pays ont la possibilité de distinguer les professionnels en activité au sens strict alors que pour d'autres, seules les données relatives aux personnels autorisés à exercer sont disponibles. Le **nombre de professionnels de santé nouvellement diplômés** correspond au nombre d'étudiants qui ont obtenu une qualification reconnue, nécessaire pour être enregistré ou agréé. Dans le cas du Royaume-Uni et du Danemark, les données correspondent au nombre de nouveaux infirmiers qui reçoivent l'autorisation d'exercer. Le **nombre de professionnels formés à l'étranger** travaillant dans les pays de l'OCDE est mesuré en termes de stocks totaux. Les comparaisons sont rendues difficiles par les disparités des sources recensant l'activité des infirmiers.

Graphique 1 Personnel infirmier en activité pour 100 000 habitants en 2010 et en 2014

Densité pour 100 000 habitants



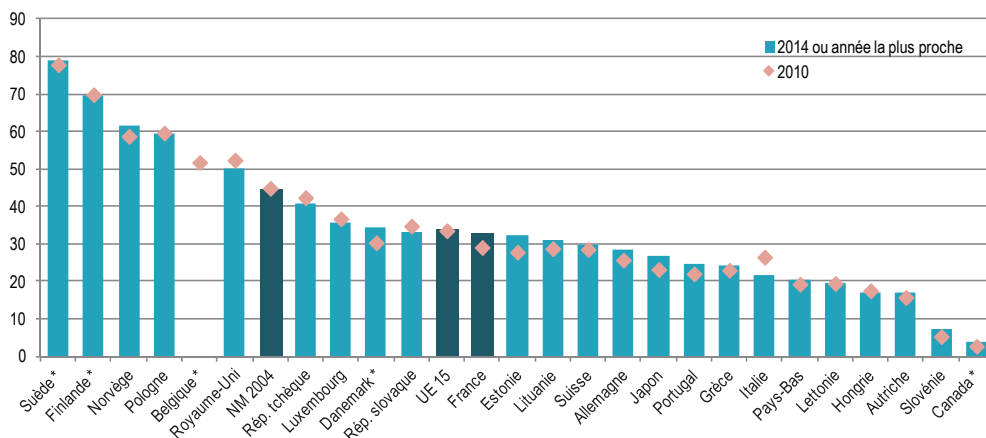
* Données 2013 pour la Suède et le Danemark et 2012 pour la Finlande. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible de chaque pays.

Champ > UE 15, NM 2004 et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 2 Sages-femmes en activité pour 100 000 habitants en 2010 et en 2014

Densité pour 100 000 habitants



* Données 2013 pour le Canada, le Danemark et la Suède, 2012 pour la Finlande. Pour la Belgique, seules les données 2010 sont disponibles.

Champ > UE 15 (hors Espagne et Irlande), NM 2004 et Suisse, Norvège, Canada et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

De jeunes diplômés de plus en plus souvent formés à l'étranger

La part des professionnels formés à l'étranger est en augmentation depuis 10 ans, mais encore très disparate entre les pays de l'OCDE. Ainsi, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger est de l'ordre de 15 % en Suisse et au Royaume-Uni ; elle a augmenté dans nombre de pays de l'OCDE depuis la dernière décennie, en particulier au Canada et en Italie. Au Royaume-Uni, près d'un quart de l'ensemble des infirmiers formés à l'étranger proviennent du continent asiatique en 2014 (26 % des Philippines et 19 % de l'Inde), mais également de plus en plus d'Europe (Espagne, Portugal, Roumanie et Pologne). Ce recours à du personnel formé à l'étranger est une des réponses aux difficultés rencontrées par les hôpitaux britanniques pour recruter du personnel infirmier (un poste sur dix y est vacant en 2014). En France et en Belgique, la part du personnel infirmier formé à l'étranger dans l'ensemble des effectifs infirmiers (respectivement 2,7% et 2,6%) est en augmentation même si elle reste nettement moins importante qu'au Royaume-Uni.

Le rôle des sages-femmes s'est étendu, mais de manière diverse selon les pays

Des coopérations entre professionnels de santé ont vu le jour depuis les années 1960, avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins dans un contexte démographique tendu. Certains pays de l'OCDE ont redéfini le contour des pratiques professionnelles afin de répondre à une demande de meilleure reconnaissance des auxiliaires médicaux et des sages-femmes, et de concourir à une plus grande autonomie de ces professions par rapport au corps médical.

Ainsi, le rôle des sages-femmes évolue en Europe. Les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire des médicaments dans une minorité croissante de pays (Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, France et Irlande). En Irlande, l'habilitation de prescription et d'administration de médicaments est réservée à certaines sages-femmes autorisées (*Registered Nurse Prescribers*). Enfin, dans trois pays (France, Suède, Norvège), elles sont autorisées à prescrire des contraceptifs. En France, la loi de santé de 2016 comporte également plusieurs dispositions visant à étendre les compétences des sages-femmes, notamment la pratique de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse, la prescription et différents actes relatifs à la prévention (vaccinations, prévention des risques liés au tabagisme).

La fonction d'infirmier a évolué depuis les années soixante

Comme pour les sages-femmes, les tâches dévolues aux infirmiers évoluent de façon disparate selon les pays de l'OCDE. Ces professionnels ont traditionnellement un rôle avancé aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Finlande, et, depuis peu, en Irlande. Les évaluations réalisées montrent que ces infirmiers seraient capables d'assurer la même qualité de soins que les médecins pour des soins de premier contact destinés aux personnes atteintes d'une affection mineure, ou des soins de suivi aux personnes souffrant de maladies chroniques, dès lors qu'ils ont reçu une formation appropriée. L'impact de la substitution des tâches serait neutre ou permettrait de réduire les coûts. Les économies ainsi réalisées sur les revenus des infirmiers par rapport aux médecins pourraient être compensées par des durées de consultations médicales plus longues.

Aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni, notamment, a été organisé le **transfert de certaines activités médicales à des infirmiers « praticiens »**. Au Royaume-Uni, les infirmiers disposent désormais de compétences dans des domaines tels que la promotion de la santé (dépistage, conseil diététique, bilan de santé) ou le suivi de maladies chroniques (asthme, maladies cardio-vasculaires). Les personnels infirmiers assurent aussi des consultations de premier recours. Ils sont également autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire avec les médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des modalités de protocoles prédéfinis.

En France, **des protocoles de coopération entre médecins et infirmiers**, issus de la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), en 2009, permettent à ces derniers de pratiquer certains actes techniques comme des prises en charge globales dans le cadre du suivi de patients chroniques. En 2016, la loi de santé crée un cadre légal de l'infirmier de pratique avancée (IPA) conformément à la proposition du plan Cancer III. La France devient ainsi le 26^e pays à créer le nouveau métier d'infirmier clinicien pour des infirmiers titulaires d'un Master (bac+5). Les domaines d'intervention de l'IPA pourraient comporter «des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales »¹.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 119.

Pour en savoir plus

Fiches 6 et 7 de ce rapport sur la consommation de soins infirmiers et de soins de sages-femmes en France.

DREES, *Portrait des professionnels de santé*, coll. Panoramas de la DREES – Santé, juillet 2016.

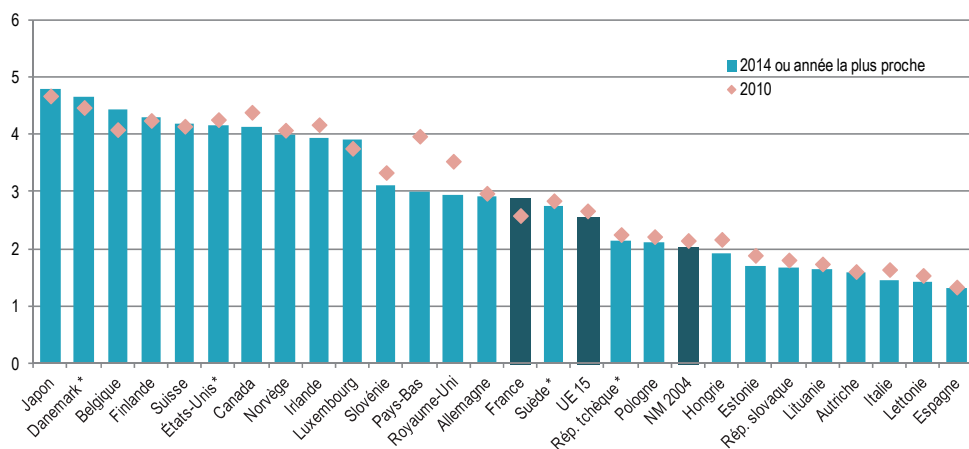
OCDE, « Panorama de la santé 2015, les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, 2015.

Delamaire M. et Lafortune G., « Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », OCDE, 2010.

Ordre des sages-femmes, « Étude des régulateurs européens de sages-femmes », deuxième édition, 2010.

Graphique 3 Rapport des effectifs d'infirmiers en activité aux effectifs de médecins en activité, 2010 et 2014

En %



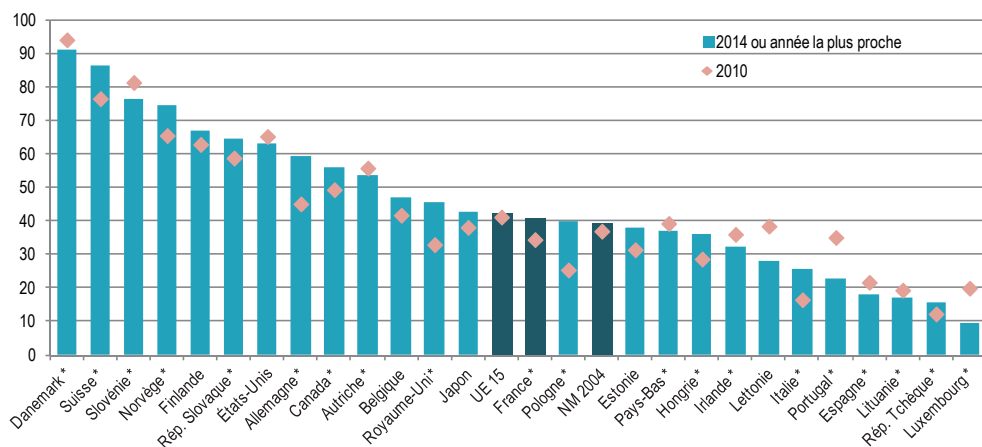
* Données 2013 pour le Danemark, les États-Unis, la République tchèque et la Suède, 2012 pour la Finlande.

Champ > UE 15 (sauf Grèce et Portugal), NM 2004 et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 4 Effectifs d'infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en 2010 et 2014

Effectifs pour 100 000 habitants



* Données 2013 pour l'Allemagne, le Canada, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie et la Suisse et 2012 pour l'Autriche.

Champ > UE 15 (sauf Grèce), NM 2004 et Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Une offre de soins dentaires disparatée dans les pays de l'OCDE

En 2014, le nombre de dentistes en activité¹ pour 100 000 habitants atteint 64 en moyenne dans l'UE 15 (graphique 1) et 48 dans les nouveaux États membres de l'UE (NM 2004, cf. glossaire). En Europe, les écarts varient de près de un à trois entre la Pologne (35 pour 100 000 habitants) et la Norvège (97 pour 100 000 habitants). La France se situe dans la moyenne de l'UE 15, avec une densité de 64 praticiens pour 100 000 habitants, soit pratiquement au même niveau que le Canada (62) ou les États-Unis (60). Dans les pays nordiques, en Suisse et en Slovénie, la répartition géographique des dentistes est relativement homogène sur le territoire. À l'opposé, les disparités régionales mesurées par le ratio entre la région la mieux dotée et la région la moins bien dotée du pays sont très importantes en France (3,5), en Espagne (3,3) et en Autriche (3,2)².

La structure de consommation des soins dentaires varie selon le sexe et l'âge du patient, et aussi selon l'offre de soins. En moyenne, en France comme dans l'UE 15, le nombre annuel de consultations dentaires par habitant est de 1,3 ; il est très proche (1,2) dans les NM 2004 (graphique 2). Cependant, des disparités très importantes existent : le nombre moyen de consultations annuelles en Hongrie, au Danemark ou au Royaume-Uni n'est que de 0,7, alors qu'il atteint 2,6 aux Pays-Bas et 3,2 au Japon.

Un développement des hygiénistes dentaires

Afin de maintenir un accès aux soins de qualité et d'encourager une meilleure répartition géographique, la profession dentaire connaît des évolutions marquantes ces dernières années, notamment via la délégation d'actes de soins dentaires. Celle-ci est répandue dans presque tous les pays européens, mais pas en France. Pratiquement, les « hygiénistes dentaires » jouent un rôle dans la prévention, la promotion et le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Ils sont particulièrement nombreux dans les pays du nord de l'Europe (plusieurs hygiénistes par dentiste), avec un gradient décroissant vers le Sud.

Les dépenses de soins dentaires par habitant varient de 47 à 298 euros PPA dans l'UE 15

En 2014, les **dépenses courantes de santé au sens international (DCSi)** réalisées en cabinets dentaires s'élèvent en moyenne à 172 euros en PPA par

habitant dans les pays de l'UE 15 (149 euros PPA par habitant en France) et à 57 euros en PPA par habitant dans les NM 2004. Ces dépenses dépassent 226 euros en PPA par habitant au Canada et aux États-Unis.

Les soins dentaires représentent en moyenne, en 2014, 23 % des dépenses totales de soins ambulatoires au sein de l'UE 15 et 19 % dans les NM 2004. Cette part s'élève à 20 % en France et varie au sein de l'UE 15, de 11 % en Finlande à 34 % en Espagne. La part de la prévention dans les dépenses dentaires est mal renseignée et peu comparable entre pays, la plupart des pays enregistrant essentiellement des soins curatifs dans leurs comptes pour ce qui concerne les soins effectués dans des cabinets dentaires. Toutefois, la prévention occupe une place importante au moins au Royaume-Uni (31 % de la DCSi dentaire nationale) et aux Pays Bas (20 % de cette DCSi) avec des montants de dépenses associées non négligeables pour des soins effectués en cabinets dentaires en 2014.

Les inégalités d'accès aux soins dentaires se traduisent parfois par un renoncement aux soins

Selon l'Eurobaromètre 2010, 59 % des femmes ont recours aux soins d'un chirurgien-dentiste au cours de l'année, contre 54 % des hommes. 50 % des Européens interrogés déclarent s'être rendus chez le chirurgien-dentiste pour un acte de prévention, contre 33 % pour subir un traitement de routine et près de 17 % pour une urgence. Dans les pays du Sud (Portugal, Grèce, Italie et Espagne) et en France, le taux de renoncement aux soins dentaires pour raisons financières est supérieur à la moyenne de l'UE 15 (8 %). À l'inverse, il est plus faible aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni (fiche 40). Ce taux de renoncement est à relier notamment au reste à charge en matière de soins dentaires.

Une part relativement faible de la dépense dentaire fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ou un autre financeur public (47 % en 2015 pour l'UE 15, graphique 3). Compte tenu des différences de dépassements d'honoraires, de prise en charge des prothèses dentaires, de la diversité des couvertures maladie privées, la prise en charge des dépenses dentaires totales se répartit de manière très hétérogène entre les régimes publics et les régimes facultatifs privés selon les pays de l'OCDE. En moyenne, le reste à charge est élevé (39 % dans l'UE 15).

¹ Pour la définition des concepts d'activité et de consultation, voir fiche 42. Par ailleurs, les « dentistes » incluent les stomatologues et les chirurgiens maxillofaciaux.

² Données Eurostat sur les écarts de densités régionales 2015, extractions et calculs DREES.

³ Dans toute cette fiche, la DCSi est ventilée par prestataire de soins et non par fonction. Ainsi, la dépense de soins dentaires fait ici référence à la dépense effectuée en cabinet dentaire uniquement (exclusion des centres de santé et des cliniques privées).

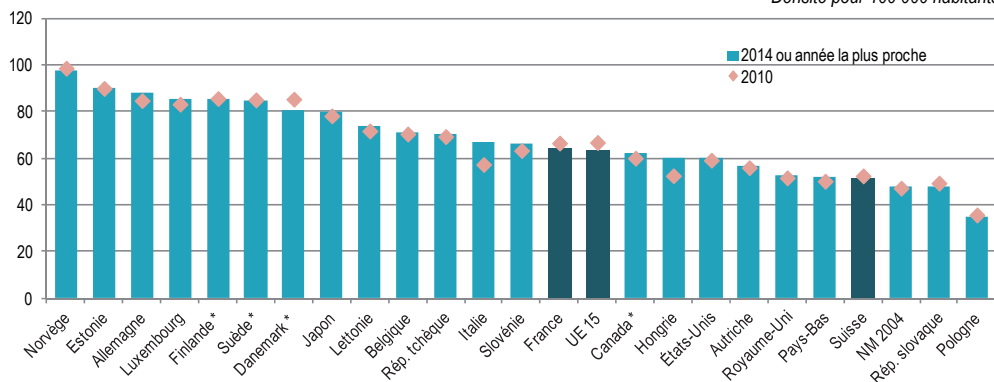
Pour en savoir plus

ONDPS, « État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes », décembre 2013.

« La santé dentaire », Eurobaromètre spécial 330, sondage, février 2010, Direction générale de la santé et des consommateurs, coordonné par la Direction générale communication de la Commission européenne.

Graphique 1 Nombre de dentistes en activité pour 100 000 habitants en 2010 et en 2014

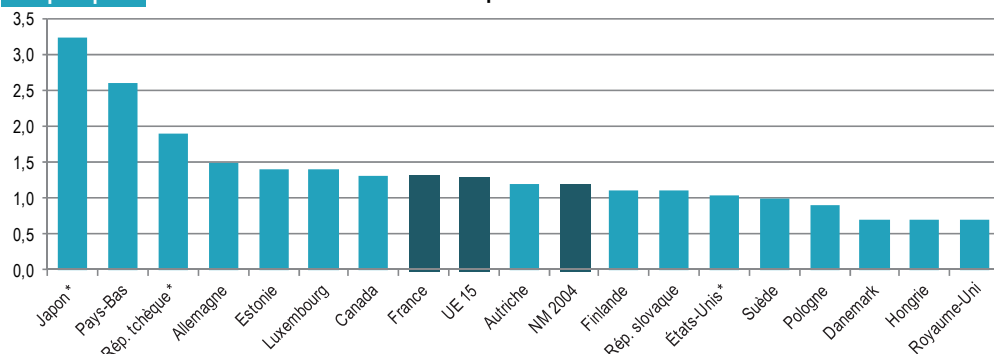
Densité pour 100 000 habitants



* Données 2013 pour le Canada, le Danemark et la Suède et 2012 pour la Finlande. Moyennes UE calculées sur la dernière année disponible de chaque pays.

Champ > UE 15 (sauf Espagne, Grèce, Irlande et Portugal), NM 2004 (sauf Lituanie), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 2 Nombre de consultations dentaires par habitant au cours de l'année 2014

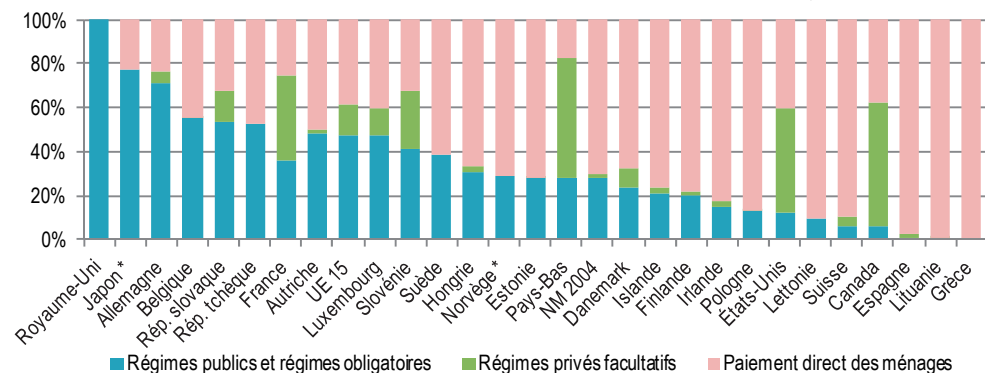
* Données 2013 pour les États-Unis, le Japon et la République tchèque. Moyennes UE calculées sur la dernière année disponible de chaque pays.

Champ > UE 15 (sauf Belgique, Espagne, Grèce, Irlande et Portugal), NM 2004 (sauf Lettonie, Lituanie et Slovaquie), Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE.

Graphique 3 Répartition de la dépense courante de soins en cabinets dentaires par financeur en 2014

En % de la dépense en cabinet dentaire



* Données 2013.

Note > En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».

Champ > UE 15 (sauf Italie et Portugal), NM 2004 (sauf Lituanie), Japon, Suisse, Canada et États-Unis.

Sources > Statistiques de l'OCDE sur la santé ; calculs DREES pour la France.

En France, des dépenses pharmaceutiques par habitant un peu supérieures à la moyenne UE 15...

En 2014, au sein des pays de l'OCDE comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les **dépenses pharmaceutiques** dans le secteur ambulatoire représentent de 0,5 % (Luxembourg) à 2,4 % du PIB (Grèce, graphique 1). Avec 1,7 % de son PIB consacré aux dépenses pharmaceutiques en 2014, la France se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'Union européenne (1,5 %). Au sein de l'UE 15, l'Allemagne et l'Espagne y consacrent aussi une part de leur richesse nationale (1,6 %) un peu supérieure à la moyenne. Par ailleurs, la part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses courantes de santé est nettement inférieure dans l'UE 15 (14 %) à celles des nouveaux États membres de l'UE (NM 2004, cf. glossaire, 22 %).

Le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant est très variable. En 2014, en France, il s'élève à 540 euros par an et par habitant. Si l'on raisonne en dépenses par habitant en parité de pouvoir d'achat (PPA) et non en part du PIB, le classement obtenu diffère. La dépense pharmaceutique par habitant en PPA est en moyenne de 440 euros dans les pays de l'UE 15. Elle est supérieure de 12 % en France et plus encore en Allemagne (27 %), au Canada (32 %) et aux États-Unis (90 %). La grande majorité de ces dépenses apparaît concentrée sur des médicaments délivrés sur ordonnance. La part de l'automédication dans ces dépenses est toutefois très hétérogène : elle s'élève à 29 % en moyenne dans les NM 2004, pouvant atteindre jusqu'à 50 % en Pologne, contre 15 % en moyenne dans l'UE 15.

... mais une moindre participation des ménages et un rôle plus important de l'assurance privée

Le poids de l'automédication résulte, en partie, de la politique du médicament. Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontées les États depuis plusieurs années les ont conduits à rechercher des voies d'amélioration de l'efficacité, y compris parfois en redéfinissant le panier de biens bénéficiant d'une prise en charge publique. Outre cette politique de rationalisation de la prise en charge, des mesures reportant une partie du financement sur les ménages ont été adoptées, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise : l'Espagne (réforme du ticket modérateur, « copago », de 2012), la Grèce, l'Irlande, entre autres, ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques.

Les structures de financement des dépenses pharmaceutiques restent toutefois très différentes entre pays. En 2014, dans les pays de l'UE 15, les régimes publics et obligatoires couvrent en moyenne 70 % des dépenses pharmaceutiques alors qu'ils représentent seulement 45 % de ces dépenses dans les NM 2004 et 36 % au Canada et aux États-Unis (graphique 2), pays où l'assurance privée facultative occupe une part importante. Parmi les pays de l'UE 15, les régimes publics et

obligatoires représentent plus de 80 % du financement en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas.

Au sein de l'UE 15, les assurances privées facultatives prennent en charge, en moyenne, moins de 3 % des dépenses pharmaceutiques, laissant plus de 27 % à la charge des ménages. Ce reste à charge est très supérieur à celui des soins hospitaliers (3 %) ou ambulatoires (19 %). 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. En 2014, en France, en Allemagne et au Luxembourg, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins (fiche 49).

Un recul des ventes par habitant en France, en Espagne et aux Pays-Bas, conséquence de la régulation du marché pharmaceutique

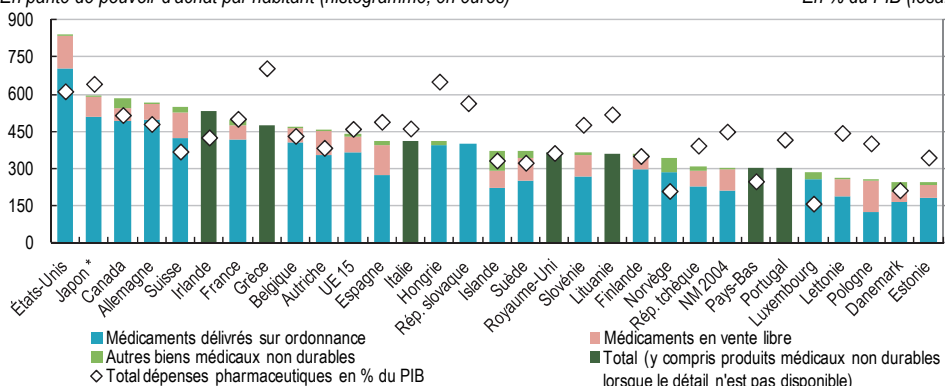
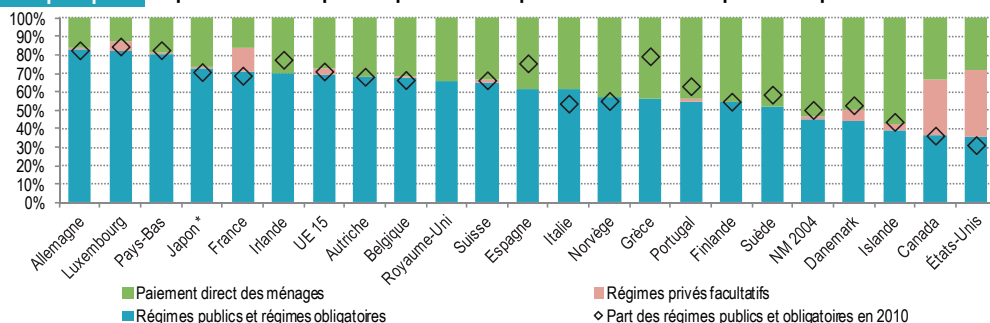
Les écarts de dépenses pharmaceutiques entre pays proviennent de différences importantes quant au volume, à la structure de la consommation, à la politique de prix et de remboursement des médicaments, ou à la politique du générique. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières, tant au niveau du prescripteur que de la distribution, afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. La maîtrise de la dépense, qui s'est concrétisée par des baisses de prix fabricants dans la plupart des pays européens depuis 2008, a des effets, en particulier en France où le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant réalisé sur les seules ventes en officines recule plus vite que les volumes (respectivement -5 % et -4 % par rapport à 2013, tableau). L'action sur les prix montre aussi son efficacité aux Pays-Bas, qui a recours aux appels d'offres et réduit ainsi sa dépense malgré une reprise de la hausse du volume consommé (CAHT -2 %, volume +2 %). L'Espagne maîtrise aussi la consommation (baisse des prix des génériques en particulier), le recul de 2 % du CAHT étant essentiellement la conséquence du recul du volume de médicaments consommés (-2 %).

En France, la consommation par habitant en volume reste supérieure à celle de ses principaux voisins européens. En revanche, exprimée en CAHT par habitant, c'est en Allemagne que la consommation est la plus élevée des huit pays (16 % de plus qu'en France en euros courants) et qu'elle continue de croître le plus vite (+8 % en 2014). L'écart franco-allemand en matière de dépense continue de se creuser notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Ce creusement est également la conséquence d'une délivrance en officines, en Allemagne seulement, des nouveaux antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C (notamment le sofosbuvir) arrivés sur le marché en 2014. Ces ventes figurent donc dans le CAHT officiel, contrairement aux autres pays où ces produits sont rétrocédés par les pharmacies hospitalières.

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques en 2014

En parité de pouvoir d'achat par habitant (histogramme, en euros)

En % du PIB (losanges)

**Champ** > Les pays disponibles sont ceux de l'UE 15 et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA). * Données 2013.**Graphique 2** Répartition des dépenses pharmaceutiques entre financeurs publics et privés en 2014**Note** > En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».**Champ** > Les pays disponibles sont ceux de l'UE 15 et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA). * Données 2013.**Tableau** Chiffre d'affaires hors taxes et quantités vendues par habitant en officines en 2014

	CAHT (€) par hab. 2014	Variation du CAHT (€) par hab. entre 2013 et 2014	Nb de boîtes par hab. 2014	Nb d'unités standard par hab. 2014	Variation du nb d'unités standard par hab. entre 2013 et 2014
Ensemble des 8 pays	254	1,9	28	1 138	-0,6
Allemagne	392	7,8	19	1 251	4,3
France	299	-4,9	44	1 390	-4,3
Finlande	279	3,9	18	1 136	2,3
Norvège	207	6,2	15	917	2,4
Espagne	195	-2,3	27	991	-2,0
Italie	180	-0,1	31	807	1,4
Pays-Bas	152	-1,5	17	726	2,3
Royaume-Uni*	172	4,3	26	1 281	-4,3

* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources > DREES, données IMS Health 2014 ; OCDE 2015 pour la population.

Dépenses pharmaceutiques issues du Système international des comptes de la santé (SHA) : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception. Elles comprennent les médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple).

NB : seules les dépenses pharmaceutiques ambulatoires sont comparées dans cette fiche.

Pour en savoir plusBase de données « *OECD.Stat* », consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

OCDE, « Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, 2015.

OCDE, « Optimiser les dépenses de santé », Études de l'OCDE sur les politiques de santé, 2010.

En 2014, les **soins hospitaliers** publics et privés (hors soins de longue durée aux personnes âgées) et les **hospitalisations de jour** représentent 38 % de la **dépense individuelle de soins et de biens médicaux** en moyenne dans l'UE 15. En France, la part des dépenses hospitalières (42 %, comme en Belgique) est supérieure à la moyenne de l'UE 15 (graphique 1). Parmi les pays de l'UE 15, elle est plus élevée encore en Autriche, en Grèce, en Irlande (43 %) et aux Pays-Bas (44 %). En revanche, soins hospitaliers et hospitalisations de jour représentent moins d'un tiers des dépenses individuelles de soins et de biens médicaux en République slovaque, au Portugal, en République tchèque, au Canada et aux États-Unis. La faible part des dépenses hospitalières aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier y sont inclus dans les soins ambulatoires.

Lorsqu'on exclut l'hospitalisation de jour, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et de biens médicaux passe pour la France à 37 % et pour l'UE 15 à 35 %. La France passe alors de la 7^e à la 9^e position des pays comparés dans cette fiche.

Une recherche d'efficacité accrue : réduction du nombre de lits, taux d'occupation plus élevé et durées d'hospitalisation plus courtes

Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis, notamment, le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire les dépenses hospitalières en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité, qui prennent le relais après les interventions. Sur la base de deux exemples d'opérations retracées par l'OCDE, la chirurgie ambulatoire serait plus développée notamment au Canada, en Finlande, aux Pays-Bas et en Suède : plus de 98 % des opérations de la cataracte et plus des deux tiers des ablations des amygdales y sont réalisées en soins ambulatoires, tandis que ces parts sont de 87 % et 22 % en France.

Définitions

La dépense individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades. Elle correspond à la DCSI (fiche 43) hors soins de longue durée, dépenses de prévention, de gouvernance et d'administration.

Les soins hospitaliers sont définis par l'OCDE comme les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement ou des soins, pour un séjour prévu d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement. Les **hospitalisations de jour** désignent les services médicaux et paramédicaux planifiés délivrés à des patients qui ont été officiellement admis, mais avec une sortie planifiée le même jour.

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

Pour en savoir plus

Statistiques de l'OCDE sur la santé, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

OCDE (2015), « Panorama de la santé 2015 », édition OCDE.

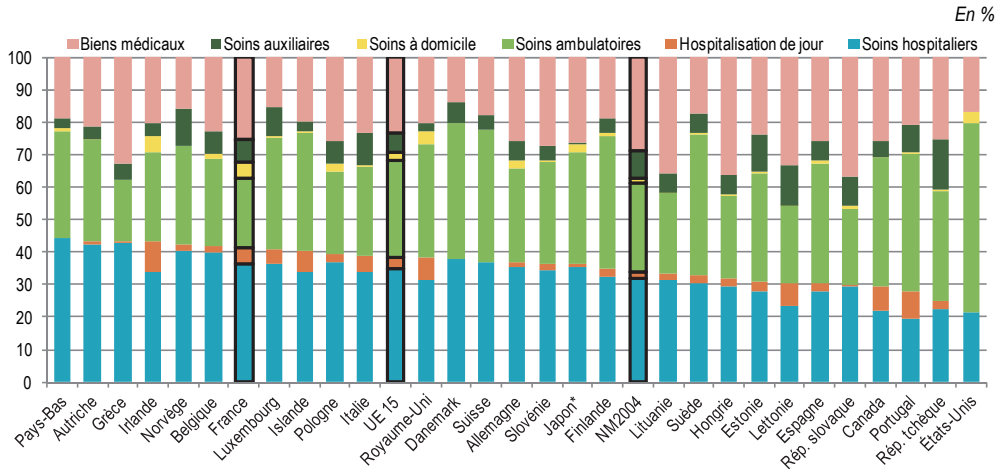
Fiches 19, 20 et 21 (France) et Programme de qualité et d'efficacité « maladie », France (PLFSS pour 2016, indicateurs n°11, 4-8, 4-10).

Le développement de la chirurgie ambulatoire est en partie à l'origine de la réduction du nombre de **lits de soins aigus** observée dans tous les pays entre 2000 et 2014 (graphique 2). Sur cette période, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 4,7 à 3,8 au sein de l'UE 15, de 3,0 à 2,5 aux États-Unis, et de 9,8 à 7,9 au Japon. Entre 2000 et 2014, la dotation de lits en France a diminué de 5,1 à 4,1 lits pour 1 000 habitants, ce qui la place en 2014 dans la moyenne de l'UE 15. Cette tendance à la baisse est également constatée pour l'ensemble des lits d'hôpital, y compris ceux pour les soins de longue durée et les soins psychiatriques, dont le nombre global est passé de 6,1 à 4,9 pour 1 000 habitants dans l'UE 15 entre 2000 et 2014.

La réduction du nombre de lits à l'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation dans certains pays (Belgique, Estonie, France, Irlande et Italie). Pour les dernières années disponibles, le taux d'occupation des lits atteint plus de 90 % au Canada et en Irlande ; à l'inverse, il est particulièrement faible aux États-Unis (63 %). La France se situe dans une position intermédiaire, avec un taux d'occupation des lits d'hôpital de 76 % en 2013 (dernière année disponible).

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, donc un coût journalier supérieur. En 2014, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,8 jours (en 2013, dernière année disponible), contre 6,7 jours en moyenne dans l'UE 15 (graphique 2). Toutefois, cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France entre 2000 et 2014, alors qu'elle a généralement baissé dans les autres pays de l'OCDE. Elle est ainsi passée de 7,7 à 6,7 jours en moyenne dans l'UE 15, de 5,8 à 5,4 aux États-Unis, et de 24,8 à 16,9 jours au Japon, où la durée atypiquement longue peut notamment être rapprochée du mode de prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays.

Graphique 1 Structure de la dépense individuelle de soins et de biens médicaux par type de soins en 2014



* Données 2013.

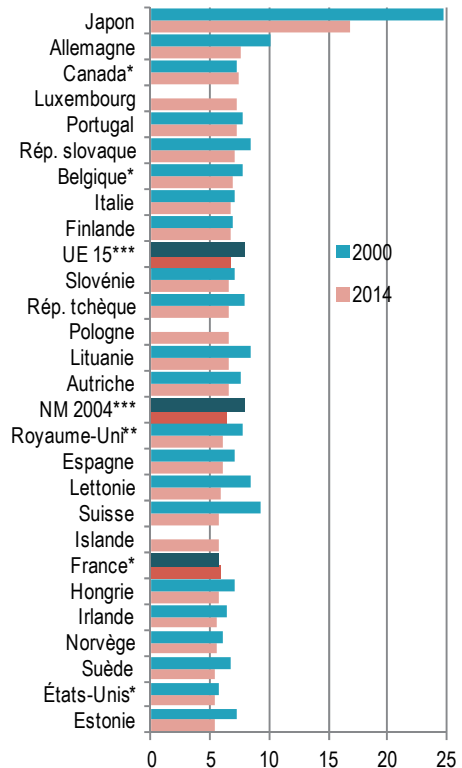
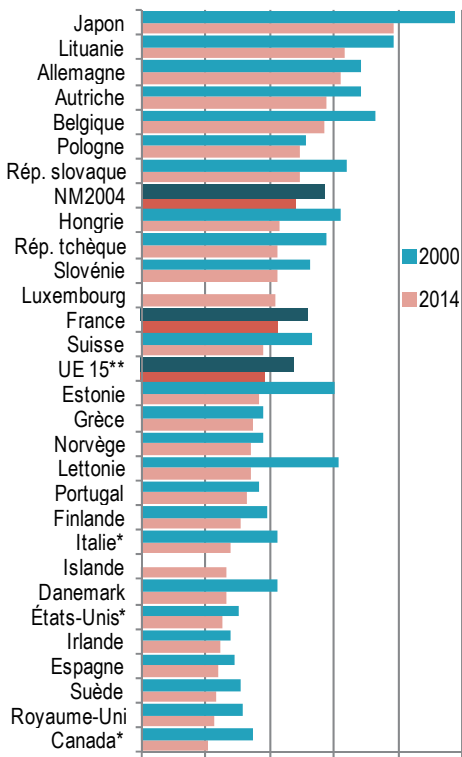
Note > Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2000 et 2014

Nombre de lits pour 1 000 habitants

Durée moyenne par séjour (nombre de jours)



* Données 2013 ; ** Moyenne calculée sur les dernières données disponibles de l'UE 15, hors Luxembourg et Pays-Bas.

* Données 2013 ; ** Données 2001 ; *** Moyennes européennes calculées sur les dernières données disponibles de l'UE 15, hors Danemark, Grèce, Luxembourg et Pays-Bas ; NM 2004, hors Pologne.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Les soins et services sociaux de longue durée (Long-Term Care) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées en longue maladie.

Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent de la santé (Long-Term Health Care, HC.3) mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (Long-Term Social Care, HCR.1). Ces derniers sont cependant exclus par convention de la dépense courante de santé au sens international (tableau 1).

Soins et services sociaux de longue durée : une distinction fragile

La distinction entre soins et services sociaux de longue durée est délicate :

- les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé. Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes.

- Les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux. Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

Par ailleurs, au sein de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), le partage des soins entre soins curatifs et réhabilitatifs, d'une part, et soins de longue durée, d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux pouvant faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux.

Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées sur les seuls soins de longue durée, les services sociaux de longue durée étant beaucoup moins bien renseignés.

Les **soins de longue durée en établissements** présentés ici sont constitués des soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (EHPA, EHPAD) ;
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des AVQ dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement.

Les dépenses de **soins de longue durée à domicile** comprennent les soins infirmiers (approximés par les actes infirmiers en ville aux personnes de plus de 80 ans), les soins de kinésithérapie (approximés par les actes de kinésithérapie en ville aux plus de 80 ans), les forfaits de soins en SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), et une estimation des AVQ de l'APA à domicile.

Outre les AIVQ de l'APA, les **services sociaux de longue durée** sont notamment constitués de l'aide sociale des départements et de l'action sociale fournie par différents acteurs, dont les caisses de Sécurité sociale (aide ménagère notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

40 milliards d'euros consacrés aux soins et services sociaux de longue durée en France

Les dépenses de soins et services sociaux de longue durée s'élèvent ainsi à 40,4 milliards d'euros en 2014, en hausse de 2,6 % par rapport à 2013 (tableau 2). Cette évolution est portée par celle des soins à domicile.

Près de la moitié de cette dépense est constituée des soins de longue durée en établissements (18,8 milliards d'euros en 2014, en partie décrits dans les fiches 33 et 34), une part stable depuis 2006. Les soins de longue durée à domicile progressent : avec 9,6 milliards d'euros, ils représentent 24 % de ces dépenses en 2014, contre 20 % en 2006. Enfin, les services sociaux progressent plus faiblement, leur part diminue et s'établit à 30 % en 2014 (11,9 milliards d'euros).

Une part des dépenses de santé consacrée aux soins de longue durée très variable selon les pays

La part des dépenses de soins de longue durée dans la dépense courante de santé varie d'à peine plus de 0 % à 28 % en 2014 selon les pays (graphique). Elle est la plus élevée dans les pays d'Europe du Nord (Norvège, Suède et Danemark notamment) et au Benelux. Avec 12 % de la DCSi consacrés aux soins de longue durée, la France se situe dans une position intermédiaire, en deçà notamment du Royaume-Uni et de l'Allemagne. Cette part est souvent sensiblement plus faible dans les pays du Sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Tableau 1 Dépenses de soins et services sociaux de longue durée en France en 2014, selon les nomenclatures française et internationale

Montants en millions d'euros			
	Inclus dans la DCSI (HC3)		Dépenses connexe (hors DCSI - HCR1)
	Soins de longue durée en établissements	Soins de longue durée à domicile	Services sociaux de longue durée
Ensemble			
Sur le champ de la CSBM			
Soins d'auxiliaires médicaux		5 032	
Sur le champ de la DCS, hors CSBM			
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)		1 563	
Soins pers. âgées en établissement (y compris USLD)	8 804		
Soins pers. Handicapées en établissement	9 291		
Dépenses hors des comptes de la santé			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AVQ	753	981	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ			3 796
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH)		2 064	
Aide sociale aux personnes âgées			3 034
Aide sociale aux personnes handicapées			5 110
Ensemble	18 848	9 641	11 940
			40 429

AVQ : activités essentielles de la vie quotidienne ; AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.
Note > Seuls les soins issus de la CSBM correspondent à une dépense tous financeurs. Les autres postes correspondent aux aides versées aux ménages.
Source > DREES, réponse à SHA 2016 (à partir des comptes de la santé édition 2015 et des comptes de la protection sociale édition 2016).

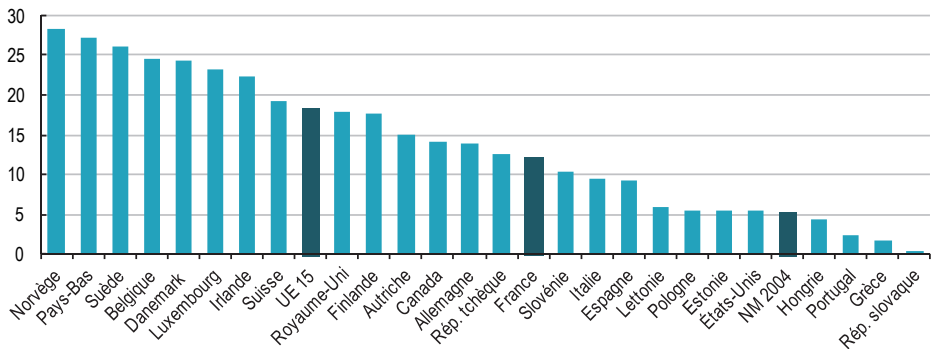
Tableau 2 Évolution des dépenses françaises de soins et services sociaux de longue durée au sens international

Montants en milliards d'euros, évolution en %									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins de longue durée en établissements	12,4	13,3	14,5	15,9	16,5	17,1	17,7	18,4	18,8
Évolution		6,9	9,4	9,3	4,1	3,6	3,6	3,7	2,5
Soins de longue durée à domicile	5,4	5,9	6,5	7,1	7,7	8,2	8,7	9,3	9,6
Évolution		8,7	11,1	9,7	8,4	6,0	6,8	5,9	4,0
Services sociaux de longue durée	9,4	9,8	9,8	10,3	10,7	11,3	11,6	11,7	11,9
Évolution		4,3	0,6	5,2	4,0	5,0	2,6	1,4	1,7
Ensemble	27,1	28,9	30,8	33,3	35,0	36,6	38,1	39,4	40,4
Évolution		6,4	6,7	8,1	5,0	4,6	4,0	3,5	2,6

Source > DREES, réponse à SHA 2016 (à partir des comptes de la santé édition 2015 et des comptes de la protection sociale édition 2016).

Graphique Part des soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé (DCSi) en 2014

En % de la dépense courante de santé



Champ > Pays ayant fourni des données 2014 sur les soins de longue durée à l'OCDE. La moyenne NM 2004 ne prend en compte que les pays affichés.
Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016.

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages sont un frein potentiel à l'accès aux soins et peuvent conduire certains ménages à renoncer à des soins (fiche 40). Dans la plupart des pays, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir l'accès aux soins. Dans ceux présentés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (par exemple en Allemagne, le plafonnement du reste à charge selon les ressources), pour certaines tranches d'âges (enfants et personnes âgées) ou pour les femmes enceintes.

15 % des dépenses courantes de santé payées directement par les ménages dans l'UE 15

En 2014, dans les pays de l'UE 15, 15 % de la **dépense courante de santé** au sens international (DCSi, cf. glossaire) sont en moyenne à la charge des ménages (graphique 1). Le reste à charge est plus élevé (21 %) dans les nouveaux États membres de l'UE (NM 2004) et en Suisse (27 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi).

La part des régimes publics et des régimes obligatoires atteint 85 % en Norvège, en Allemagne et au Japon. Dans ces pays, le poids des assurances privées dans le financement de la DCSi est faible. Aux États-Unis, le niveau de la dépense est particulièrement élevé (du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées facultatives, les régimes publics ou obligatoires y représentant moins de 50 % du total.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, cf. glossaire) est aussi très variable d'un pays à l'autre. Il atteint en moyenne 470 euros PPA dans l'UE 15 et 290 euros PPA dans les NM 2004. C'est en France qu'il est le plus faible (230 euros PPA). Parmi les pays de l'UE 15, le reste à charge le plus important est constaté en Autriche, en Belgique et en Suède avec des dépenses individuelles supérieures de plus d'un quart à la moyenne de l'UE. Hors de l'UE, il est encore nettement

supérieur en Norvège (665 euros PPA), aux États-Unis (780 euros PPA) et surtout en Suisse (1 370 euros PPA).

Un reste à charge variable selon la nature des soins

Dans les pays de l'UE 15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent près d'un tiers du total (dont 5 % en cabinets médicaux et 11 % en cabinets dentaires, graphique 2). Ensuite, plus d'un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (fiche 45). L'importance du poste médicament dans le reste à charge tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières. En France, en 2014, sur le champ de la DCSi, la hiérarchie est la même : 37 % du reste à charge portent sur des soins ambulatoires, 34 % sur les dépenses pharmaceutiques, 13 % sur les soins hospitaliers.

Une moindre stabilité dans les pays les plus touchés par la crise sur la période récente

Entre 2007 et 2014, le part du reste à charge des ménages dans la DCSi est globalement relativement stable. C'est notamment le cas en France, au Danemark, en Belgique et en Norvège. Cette relative stabilité entre 2007 et 2014 masque des évolutions différentes avant et après le déclenchement de la crise (graphique 3). Les variations sont faibles sur l'ensemble de la période, notamment en Norvège, au Danemark et en France. Toutefois, dans les pays du sud de l'Europe en particulier, on a assisté à une réduction de la part des dépenses financées par les ménages entre 2007 et 2009. Ce recul a alors été compensé par les financements des régimes publics ou obligatoires. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des régimes publics ou obligatoires dans les pays les plus touchés par la crise, à la suite notamment des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 5 points en Espagne et de 3 points au Portugal entre 2009 et 2014.

Définitions :

Le **reste à charge des ménages** (RAC) est le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Tel qu'il est calculé par l'OCDE, il comprend leur participation au coût des soins (franchises...), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassements d'honoraires médicaux...).

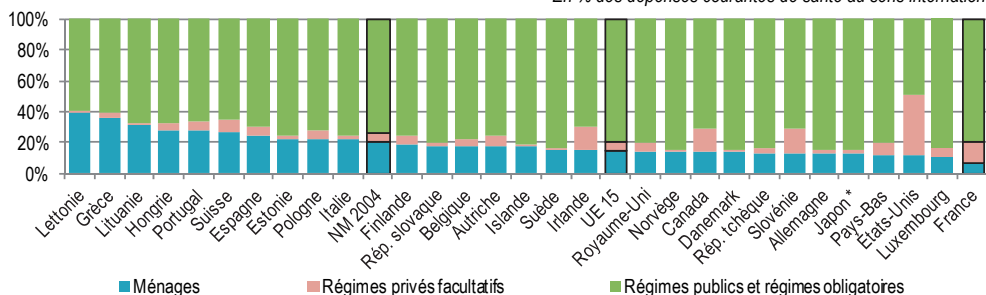
Pour en savoir plus

Base de données OCDE, *System of Health Accounts (SHA)*, consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
OCDE, « [Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE](#) », Éditions OCDE, 2015.

Paris, V., Devaux, M. et Wei, L., « [Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries](#) », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions OCDE, 2010.

Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2014

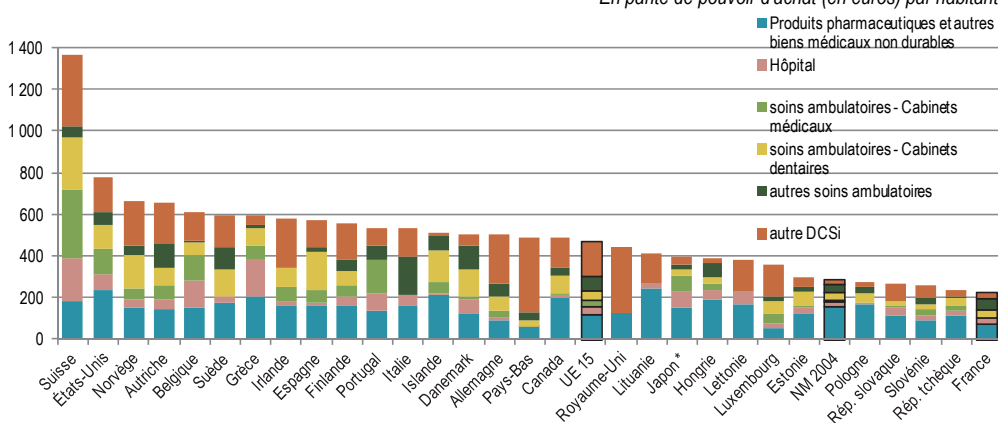
En % des dépenses courantes de santé au sens international



* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées.

Note > En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».**Champ** > Les pays européens disponibles dont ceux de l'UE 15, et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).**Graphique 2** Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2014

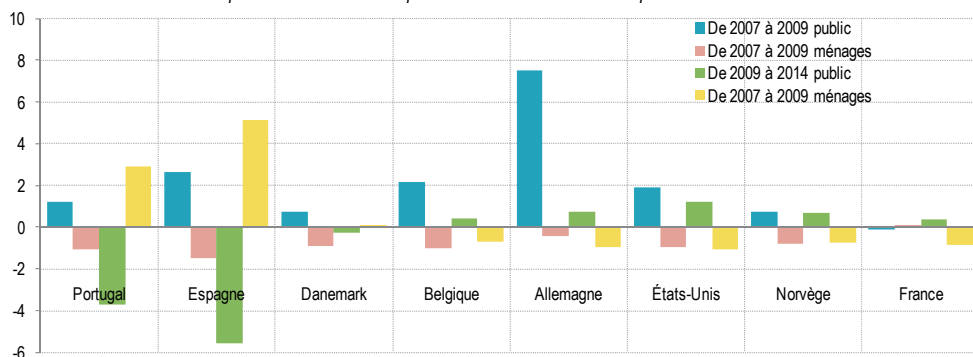
En parité de pouvoir d'achat (en euros) par habitant



* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées au Japon.

Champ > Les pays européens disponibles dont ceux de l'UE 15 et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.**Sources** > DREES, Comptes de la santé pour la ventilation des soins ambulatoires pour la France, OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).**Graphique 3** Évolution 2007-2014 de la part des régimes publics et obligatoires et de celle du reste à charge des ménages

En points de variation de la part du financement dans les dépenses courantes de santé au sens international

**Note** > Toutes les données disponibles ne sont pas présentées dans ce graphique.**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

5

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés



Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire

Juliette Grangier, Gaëlle Guibert ¹

La DREES, en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), s'est engagée dans l'estimation des dépenses de prévention sanitaire en France.

Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle » (fiche 36 de ce panorama) dans la dépense courante de santé (DCS). La prévention institutionnelle est celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. Elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive.

Les autres actes de prévention financés par l'assurance maladie et les ménages sont disséminés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cet éclairage en propose une estimation partielle pour les années 2012 à 2014. Le champ étudié couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales), ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). À la différence des travaux publiés il y a deux ans, cette nouvelle estimation est complétée par les dépenses préventives réalisées à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

Au sein de la CSBM peuvent être isolés, à ce stade des travaux, 9,3 milliards d'euros de dépenses préventives en 2014, dont 6,7 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie. Au total, les dépenses de prévention sanitaire représenteraient au moins 4,8 % de la CSBM.

Dans les dépenses de prévention qui ont pu être estimées, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la première place (45 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (25 %).

Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou non, s'élèveraient à 15,1 milliards d'euros en 2014, soit 5,9 % de la dépense courante de santé. Selon ces estimations provisoires, ces dépenses auraient diminué en moyenne de 1,2 % par an entre 2012 et 2014 : la prévention au sein de la CSBM aurait reculé de 2,6 % par an et la prévention institutionnelle augmenté de 1,1 %. La baisse de la prévention dans la CSBM s'explique principalement par des effets prix négatifs sur les dépenses de biologie et de médicaments. Ces dernières représentent la part la plus importante des dépenses préventives et ont diminué de 7,0 % par an entre 2012 et 2014. La baisse des dépenses de médicaments est liée notamment à la générique de certains traitements, ainsi qu'à la baisse de la consommation de pilules de troisième et quatrième générations et des ventes d'anti-tabac.

¹ Les auteures remercient Philippe Oberlin et Lorenza Luciano (DREES) et le département Études sur les pathologies et les patients de la CNAMTS pour leur expertise et la fourniture des données.

Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle » dans la dépense courante de santé (DCS). Celle-ci est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux et ne représente qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention sanitaire financés par l'assurance maladie et les ménages, comme ceux effectués par les médecins traitants lors de consultations médicales ordinaires, sont intégrés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec la consommation de soins de médecins généralistes, mais n'y sont pas distingués. La prise en charge des facteurs de risque (prise en charge de la dépendance alcoolique, sevrage tabagique, traitement médicamenteux et suivi de l'hypertension artérielle...) n'est pas non plus comptabilisée dans la prévention institutionnelle ; les soins concernés sont en revanche inclus dans la CSBM. Par exemple, les patches anti-tabac font partie de la consommation de médicaments et les conseils du médecin pour arrêter de fumer sont comptabilisés dans la consommation de soins de médecins généralistes. Le champ des actions de prévention identifiées au sein de la CSBM est identique à celui défini dans les travaux précédents de l'IRDES (encadré 2). Ce champ inclut des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il est à noter que la distinction entre prévention institutionnelle et prévention au sein de la CSBM, basée sur le mode de financement et d'organisation des actions, ne recoupe pas la catégorisation de l'OMS.

Parvenir à cartographier l'ensemble des dépenses de prévention sanitaire suppose donc d'identifier, d'isoler et de comptabiliser également les soins préventifs disséminés au sein de la CSBM. Une telle estimation est délicate, pour deux raisons :

- d'une part, elle doit s'appuyer sur une définition précise de la prévention, dont la délimitation peut être discutable ;
- d'autre part, les informations disponibles au sein du système d'information ne sont pas toujours suffisantes pour identifier finement ces actions de prévention.

En 2016, un groupe de travail, piloté par la DREES et la DGS, a été mis en place afin d'améliorer la méthodologie utilisée pour estimer les dépenses de prévention (encadré 1). Dans l'attente des conclusions de ce groupe, le champ retenu pour la prévention et la méthodologie adoptée ici sont issues des travaux de l'IRDES de 2008 (encadré 2).

Encadré 1 Des travaux passés ou en cours pour améliorer l'estimation des dépenses de prévention

Plusieurs études ont été menées par le passé dans le but d'évaluer les dépenses de prévention en santé. Quoique imparfaites, elles constituent la base des travaux menés actuellement sur les dépenses de prévention. En 2014, la DREES, avec l'appui de la CNAMTS, a ainsi mené un exercice partiel d'évaluation des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour l'année 2012 sur un champ restreint. Ce travail reprenait en grande partie la méthode d'estimation développée par l'IRDES en 2008, adaptée aux sources de données développées depuis 2008, en particulier le Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Le champ étudié couvrait très largement les soins de ville, à l'exception des soins prodigués par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, et des cures thermales, mais excluait les dépenses hospitalières.

La DREES et la DGS mènent actuellement des travaux pour améliorer et approfondir l'estimation des dépenses de prévention avec l'aide d'un groupe d'experts réunissant différents organismes et personnalités qualifiées. L'objectif est de réviser la méthodologie précédemment utilisée afin de l'adapter aux systèmes d'information actuels et d'en déduire une évaluation des dépenses de prévention plus précise et reproductible dans le temps. Ce travail consiste donc à délimiter précisément et de manière opérationnelle le champ de la prévention, afin d'isoler finement les actes préventifs des actes curatifs au sein de la CSBM ; puis à valider une méthodologie d'estimation en adéquation avec la définition retenue.

En 2014, 9,3 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention dans la CSBM

En 2014, au sein de la CSBM, la prévention représente 9,3 milliards d'euros de dépenses (tableau 1). Cette estimation prend en compte l'ensemble des dépenses préventives à l'hôpital, dans la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux, et une partie du champ des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux notamment, cf. encadré 2).

Les dépenses de prévention représentent donc au moins 4,8 % de la CSBM (tableau 1). Les dépenses à visée préventive sont marginales à l'hôpital (0,5 % du poste), mais représentent en revanche près du tiers des analyses de laboratoires.

La consommation de médicaments à titre préventif occupe la place la plus importante dans les dépenses de prévention (45 %), suivie des consultations, visites et actes réalisés par les médecins (25 %, graphique 1). Les dépenses de prévention intègrent également les analyses de biologie (15 %), les soins réalisés par les dentistes (9 %), les soins à l'hôpital (5 %) ou encore les dispositifs médicaux (2 %).

Les dépenses de prévention dans la CSBM ont globalement diminué en moyenne de 2,6 % par an entre 2012 et 2014, principalement en raison de moindres dépenses de médicaments, qui représentent la part la plus importante des dépenses préventives et qui ont baissé de 7,0 % par an sur la même période (graphique 2). Une partie importante de cette diminution est directement imputable à la baisse des prix de certains médicaments (encadré 3). En revanche, les

dépenses liées à l'hôpital, aux soins préventifs réalisés par les dentistes et aux dispositifs médicaux à usage préventif ont augmenté durant cette période, respectivement de 5,9 %, 4,8 % et 6,9 % en moyenne annuelle.

Entre 2012 et 2014, la CSBM augmente de 2,3 % en moyenne par an. En conséquence, la part de la CSBM consacrée à la prévention diminue également, passant de 5,4 % en 2012 à 4,8 % en 2014. La part des dépenses de médicaments consacrés à la prévention passe de 2,7 % à 2,2 % de la CSBM, et la part des dépenses hors médicaments consacrées à la prévention reste stable à 2,7 %.

Encadré 2 Champ de la prévention, sources et méthode

Afin de produire une estimation provisoire des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour les années 2012 à 2014, le périmètre du champ de la prévention a été conventionnellement conservé à l'identique des travaux précédents. Une définition plus large ou au contraire plus restrictive aurait eu un impact potentiellement important sur le montant obtenu. Ainsi, sont considérés comme relevant de la prévention les soins visant à :

- éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable chez des personnes en bonne santé (*vaccins, contraception, suivi de grossesse normale, prévention des carences nutritionnelles...*) ;
- dépister les maladies (*dépistage des cancers, examens bucco-dentaires, examens biologiques, dépistage néonatal...*) ;
- prendre en charge les facteurs de risque, les addictions et les formes précoces des maladies (*traitement médicamenteux et suivi médical de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2 et des hyperlipidémies non compliqués, aide au sevrage tabagique, sevrage d'alcool, surveillance des carcinomes in situ...*).

Le champ de la prévention se rapproche alors de la prévention primaire, secondaire et tertiaire telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'estimation des dépenses de prévention au sein de la CSBM englobe ces trois catégories de prévention.

La définition de la prévention retenue ici est à comprendre au sens restrictif du terme : si un soin peut être réalisé à visée curative ou préventive selon les patients et que les données ne permettent pas de distinguer les situations, il n'a pas été pris en compte dans cette estimation, afin de ne pas surestimer les dépenses de santé consacrées à la prévention.

Les postes de soins considérés couvrent, de la même manière qu'en 2014, les soins de ville (médecins, dentistes, analyses de biologie), les médicaments et les autres biens médicaux. Les dépenses relatives aux transports sanitaires sont exclues de cette estimation¹. Comme les années précédentes, l'estimation considère de manière partielle les soins de ville, puisqu'elle ne comprend pas les soins prodigués par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, les cures thermales, les autres soins et contrats, et n'intègre qu'une partie des soins prodigués par les médecins. En effet, seules les consultations et visites de certaines spécialités médicales pour lesquelles les données sont disponibles sont couvertes², ainsi que les actes codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), soit au total 85 % des dépenses du poste de médecins. Sont donc exclues des soins prodigués par les médecins une partie des dépenses de consultations et visites (représentant 4 % du poste médecins), ainsi que les rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits (11 % de ce même poste). En revanche, cette année, l'estimation des dépenses de prévention a été complétée par les dépenses préventives réalisées à l'hôpital à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). L'estimation des dépenses hospitalières couvre uniquement le secteur MCO³, hors consultations externes des hôpitaux publics.

La méthodologie utilisée par la DREES lors des travaux précédents publiés en 2014 a été maintenue. La sélection des actes préventifs a toutefois été améliorée, ce qui conduit à une révision des estimations pour l'année 2012, notamment pour les analyses de biologie et les autres biens médicaux. Pour les postes de soins dont les prestations se réfèrent à une nomenclature médico-économique détaillée dans le SNIIRAM, les dépenses préventives ont été directement repérées grâce à leur code dans la nomenclature correspondante. Cependant, pour les consultations et visites des médecins et la prescription de certains médicaments, l'estimation s'appuie sur l'étude permanente de la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health, qui présente l'avantage de renseigner le diagnostic ayant motivé le recours au médecin et la prescription médicamenteuse. À partir de cette source, des clés de répartition entre soins préventifs et soins curatifs ont été calculées et appliquées ensuite aux dépenses issues du Système national inter-

¹ Le montant de dépenses à visée préventive au sein de ce poste est vraisemblablement négligeable.

² Les données sont disponibles pour les spécialités médicales suivantes : omnipraticiens, cardiologues, dermatologues, gynécologues, médecins et obstétriciens, gastro-entérologues, oto-rhino-laryngologistes, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, ophtalmologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues. Les autres spécialités non prises en compte sont : anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecins de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, gériatres, anatomocytopathologistes. Ces dernières spécialités représentent relativement peu de consultations et de visites, si bien qu'au total, 92 % des honoraires de consultations et visites des praticiens libéraux sont couverts.

³ Le champ de la prévention ayant été conservé à l'identique des travaux de l'IRDE, les soins de rééducation ou encore liés à la santé mentale, ne sont pas, ici, par convention, considérés comme préventifs. Selon cette définition, les soins de prévention réalisés dans les secteurs de SSR (soins de suite ou réadaptation), psychiatrie et HAD (hospitalisation à domicile) sont vraisemblablement négligeables.

régimes (SNIR) ou de l'industrie pharmaceutique (GERS). Pour mémoire, un calcul de ce type avait déjà été effectué en 2008 dans les travaux menés par l'IRDES.

Les estimations présentées ici pour les années 2012 à 2014 sont réalisées avec une méthodologie identique et peuvent de cette manière être comparées.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive et part dans le total de la CSBM

En milliards d'euros et en %

	2012		2013		2014	
	Dépenses en milliards	en % du poste	Dépenses en milliards	en % du poste	Dépenses en milliards	en % du poste
0. Soins ambulatoires (1+2+3)	9,4	9,1	9,0	8,6	8,8	8,2
1. Soins de ville	4,4	8,4	4,4	8,1	4,5	8,1
Médecins	2,2	9,1	2,2	9,1	2,3	9,1
Consultations et visites	1,9	-	1,9	-	2,0	-
Actes CCAM	0,3	-	0,3	-	0,3	-
Sages-femmes et auxiliaires médicaux	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Dentistes	0,8	7,3	0,8	7,2	0,8	7,9
Analyses de biologie	1,4	32,5	1,4	31,7	1,3	31,3
Cures thermales et autres soins et contrats	nd	nd	nd	nd	nd	nd
2. Médicaments	4,8	14,3	4,5	13,4	4,2	12,3
3. Autres biens médicaux	0,2	1,2	0,2	1,3	0,2	1,3
4. Transports de malades	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4. Hôpital MCO¹	0,4	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
TOTAL	9,8	5,4	9,4	5,1	9,3	4,8

nd : Sur ces postes, les dépenses consacrées à la prévention n'ont pas pu être estimées. Des travaux sont en cours afin de compléter l'estimation (encadré 1).

Par ailleurs, la prévention effectuée par les médecins est légèrement sous-estimée (seul 85 % du champ est couvert, cf. encadré 2).

¹ Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Lecture > En 2014, les dépenses préventives représentent au moins 9,3 milliards d'euros, soit plus de 4,8 % de la CSBM. À champ constant, elles sont passées de 9,8 milliards en 2012 à 9,3 milliards en 2014.

Note > Précédemment, l'évaluation provisoire obtenue sur l'ensemble des postes à l'exception de l'hôpital aboutissait à un montant de 8,5 milliards d'euros de dépenses de prévention pour l'année 2012. La différence observée entre les deux estimations hors hôpital (de 0,9 milliard d'euros) s'explique par l'amélioration des méthodes de sélection des actes préventifs entre les deux exercices, principalement pour les analyses de biologie.

Champ > Tous régimes.

Sources > SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Près de la moitié des dépenses de prévention relève de la consommation de médicaments...

Les médicaments représentent 45 % des dépenses de prévention au sein de la CSBM en 2014 (graphique 1), soit 4,2 milliards d'euros. Cette dépense comprend des médicaments à usage préventif remboursés par l'assurance maladie, mais aussi des médicaments non remboursés (par exemple, certains contraceptifs hormonaux) et de l'automédication (notamment des vitamines ou encore des produits anti-tabac).

Les traitements antihypertenseurs et hypolipémiants administrés à des patients ne présentant pas de complications¹ représentent une large majorité des médicaments à usage préventif (60 %, soit 2,5 milliards d'euros). Ces estimations des montants dédiés à la prévention sont issues de la cartographie des dépenses de santé mise au point par la CNAMTS², qui estime la prise en charge de l'hypertension et de l'hyperlipidémie pour les patients ne souffrant pas de certaines pathologies indiquant des complications.

Les vaccins constituent le deuxième poste au sein des dépenses de médicaments à visée préventive, pour un montant d'environ 500 millions d'euros, soit 13 % des dépenses de médicaments à visée préventive. Viennent ensuite les vitamines et suppléments minéraux (9 %) et les contraceptifs hormonaux (8 %), dont les dépenses s'élèvent pour chacun à 350 millions d'euros environ. Les autres dépenses de médicaments à visée préventive sont constituées de

¹ Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants sans maladie coronaire, ni accident vasculaire cérébral, ni insuffisance cardiaque (aigus ou chroniques), ni artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ni diabète, ni insuffisance rénale chronique terminale.

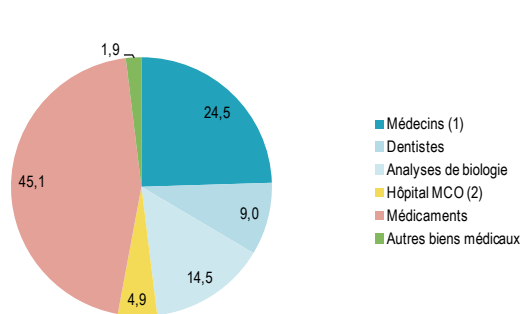
² Pour la méthode, cf. la méthodologie de repérage des pathologies et de répartition des dépenses par pathologie publiée par la CNAMTS, disponible en ligne :

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dépenses/methodologie.php>

produits anti-tabac (4 % du total), des traitements du diabète non compliqué (3 %), et d'autres médicaments à indications préventives (traitement de la toxicomanie, antipaludéens, etc.) qui totalisent une centaine de millions d'euros.

Les dépenses de médicaments à visée préventive ont diminué en moyenne de 7,0 % par an entre 2012 et 2014 (graphique 2). Cette baisse concerne la quasi-totalité des postes, mais s'explique principalement par la diminution des dépenses liées aux traitements du risque cardio-vasculaire (antihypertenseurs et hypolipémiants), aux contraceptifs hormonaux et aux produits anti-tabac. Les dépenses d'antihypertenseurs et hypolipémiants hors complications ont diminué de 8 % en moyenne par an. D'une part, le nombre de personnes traitées a diminué (-1,2% par an pour les assurés du régime général)¹, d'autre part, la diffusion de génériques pour les antihypertenseurs et les statines permet de réduire le coût individuel des traitements (encadré 3). En effet, la part de prescriptions dans le répertoire des génériques pour les antihypertenseurs et les statines a considérablement progressé entre 2012 et 2014². La diminution importante des ventes de contraceptifs hormonaux (11 % par an entre 2012 et 2014) s'explique par une chute des ventes des pilules de troisième et quatrième générations, affectées par une polémique en janvier 2013. La moindre consommation de contraceptifs hormonaux s'est en partie reportée sur les dispositifs intra-utérins, comptabilisés au sein des autres biens médicaux (cf. *infra*). Enfin, les ventes d'anti-tabac reculent de 13 % par an en moyenne entre 2012 et 2014, en parallèle d'une diminution du volume de tabac vendu sur cette période et de l'essor des cigarettes électroniques, qui peuvent apparaître pour certains utilisateurs comme un moyen de sevrage³.

Graphique 1 Part du poste de soins dans les dépenses globales de prévention au sein de la CSBM en 2014



¹ Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

² Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Lecture > En 2014, les dépenses liées aux médicaments à usage préventif représentent 45,1 % de la dépense globale de prévention, celles liées aux consultations, visites ou actes des médecins représentent 24,5 % de la dépense.

Champ > Tous régimes.

Sources > SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

... et près d'un quart concerne les soins prodigués par les médecins

Les actions préventives des médecins (consultations, visites et actes) représentent 25 % des dépenses à visée préventive en 2014 (2,3 milliards d'euros). Les consultations et visites à visée préventive (2,0 milliards d'euros) ont lieu principalement chez les médecins généralistes, les gynécologues et les pédiatres. Il s'agit notamment de consultations de routine ou de surveillance : suivi médical des enfants, examens gynécologiques, examens pour la pratique d'un sport ou la délivrance d'un certificat médical, examens des yeux et de la vision, etc. Les consultations pour un suivi de l'hypertension (sans complication) représentent également un motif répandu, ainsi que le suivi de la contraception et les vaccinations.

Les **actes** de la classification commune des actes médicaux (**CCAM**) réalisés à titre préventif chez le médecin représentent 300 millions d'euros et concernent principalement les échographies réalisées dans le cadre du suivi d'une grossesse, ainsi que les frottis effectués pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Cependant, ce montant ne considère que les actes réalisés uniquement à titre préventif ; il sous-estime vraisemblablement l'activité de prévention des médecins. En effet, certains actes peuvent avoir ou non une visée préventive selon l'état de santé du patient. Par exemple, les mammographies peuvent être réalisées selon les cas pour du dépistage ou pour surveiller l'évolution d'une pathologie. Ces actes, pouvant avoir un coût non négligeable, ont été par convention systématiquement exclus de l'estimation, comme dans les estimations des travaux précédents.

Les dépenses de consultations, visites et actes à visée préventive sont en légère hausse entre 2012 et 2014 (+1,5 % en moyenne par an), tirées par le dynamisme des examens de routines des adultes et les consultations de suivi de l'hypertension non compliquée.

¹ CNAMTS, rapport Charges et Produits pour l'année 2017, juillet 2016.

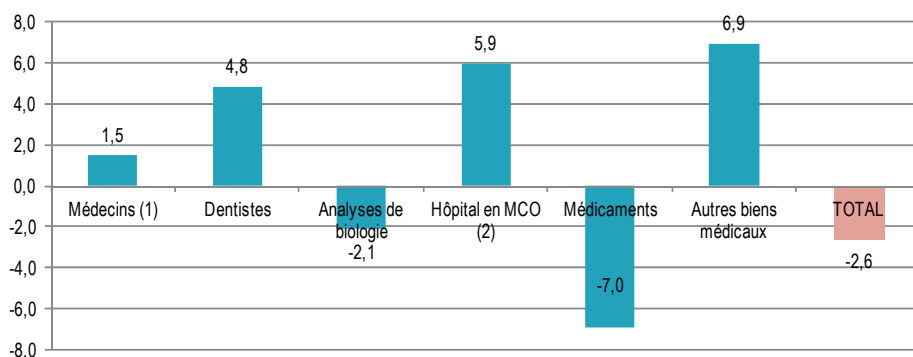
² Programme de qualité et d'efficience « maladie », annexé au PLFSS pour 2016, indicateur n°3-5, volet Optimisation des prescriptions.

³ Lermenier-Jeannet A., « Tabagisme et arrêt du tabac en 2015 », OFDT, février 2016.

Les dépenses de prévention représentent au moins 9,1 % de l'ensemble des dépenses des médecins¹ en 2014, cette proportion étant stable au cours du temps (tableau 1).

Graphique 2 Évolution des dépenses à visée préventive au sein de la CSBM entre 2012 et 2014

Taux d'évolution en moyenne annuelle (en %)



¹ Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

² Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Champ > Tous régimes.

Sources > SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

450 millions de dépenses préventives à l'hôpital

Les soins à l'hôpital en MCO à visée préventive représentent 450 millions d'euros en 2014, soit 5 % des dépenses préventives en 2014 et 0,5 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. Ce montant de 450 millions d'euros porte uniquement sur l'hôpital en MCO, hors consultations externes des hôpitaux publics et hors honoraires des médecins en clinique privée. Les dépenses de prévention à l'hôpital concernent principalement la prise en charge de l'alcoolisme (les séjours pour sevrage totalisent 24 % des dépenses hospitalières à visée préventive), les séjours motivés par des antécédents familiaux ou personnels de tumeurs (13 %), la surveillance et les conseils diététiques (13 %), les tumeurs *in situ* (11 %) et les antécédents familiaux ou personnels d'autres maladies (9 %). La part élevée des dépenses liées à la prise en charge de l'alcoolisme s'explique en partie par la durée des séjours pour sevrage (environ 10 jours) entraînant un coût d'environ 2 000 euros par séjour. Les antécédents familiaux ou personnels de tumeurs constituent le motif de recours le plus fréquent, mais avec un coût par séjour plus faible (500 euros).

Les dépenses à visée préventive à l'hôpital en MCO augmentent de 5,9 % en moyenne par an entre 2012 et 2014, tirées par le dynamisme des dépenses liées à la surveillance et aux conseils diététiques, et à la généralisation, en avril 2012, du dépistage de la surdité néonatale chez les nourrissons², qui a donné lieu à une hausse du tarif des séjours associés à une naissance à partir de 2013³.

Les autres postes de soins totalisent un quart des dépenses préventives

Les **analyses de biologie** à visée préventive représentent 1,3 milliard d'euros en 2014, soit 15 % de la dépense globale de prévention. Elles concernent principalement des actes de biochimie courante (exploration lipidique, exploration thyroïdienne, dépistage d'une carence ou d'une surcharge en fer...), mais aussi des actes d'hématologie courante ou de dépistage de maladies infectieuses. Ces dépenses ont globalement diminué entre 2012 et 2014 (-2,1 % en moyenne par an). Cette évolution est due à un effet prix : les coûts unitaires de l'ensemble des actes de biologie diminuent en moyenne de 5 % par an entre 2012 et 2014, tandis que le nombre d'actes augmente de 3 % (encadré 3). Les analyses à visée préventive représentent, en 2014, au moins 31,3 % de l'ensemble du poste des analyses de laboratoire de la CSBM. Elle atteignait 32,5 % en 2012.

Les dépenses relatives aux **soins dentaires de nature préventive** représentent 800 millions d'euros en 2014. Elles concernent très largement (92 %) des soins de détartrage et de polissage des dents. Les dépenses relatives aux soins dentaires de nature préventive ont augmenté en moyenne de 4,8 % par an entre 2012 et 2014. Mais cette évolution est à

¹ Les dépenses préventives dans les consultations et visites de certaines spécialités (anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, anatomocytopathologistes, gériatres), dans les actes non codés selon la CCAM et certains forfaits n'ont pu être estimées. Les éléments de consommation pris en compte (92 % des consultations et visites, actes codés selon la CCAM) couvrent 85 % de la consommation de soins de médecins (dont honoraires en cliniques privées). Si l'on rapporte la dépense identifiée comme préventive au champ partiel couvert, la part de la prévention dans l'activité des médecins s'élève à 11,0 % en 2014.

² Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale, JORF n°0105 du 4 mai 2012, page 7915, texte n° 48.

³ Circulaire DGOS/R1 n°2013-144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé.

interpréter avec prudence, car l'année 2014 a été aussi marquée par une modification réglementaire dans le codage des actes bucco-dentaires entraînant une modification des sources d'alimentation des données.

Enfin, les **autres biens médicaux à usage préventif** sont estimés à 200 millions d'euros en 2014. Ils incluent, par ordre décroissant de la dépense, la prévention des escarres, certains dispositifs de contention veineuse, les dispositifs contraceptifs non hormonaux, ainsi que les aliments sans gluten. Ces dépenses ont augmenté en moyenne de 6,9 % par an entre 2012 et 2014. Les progressions les plus rapides ont été celles des dispositifs de contention veineuse et de contraception non hormonale temporaire. L'augmentation des dépenses de contraception non hormonale (stérilets, diaphragmes) peut être expliquée par la baisse de la contraception hormonale due aux polémiques liées aux pilules de troisième et quatrième générations.

Le taux de remboursement des dépenses préventives reste stable entre 2012 et 2014

Parmi les 9,3 milliards d'euros de dépenses préventives identifiées à ce stade des travaux pour l'année 2014, 6,7 milliards d'euros sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (tableau 2). Le taux de remboursement, de 72 % au total, varie selon les différents postes : le plus important est observé à l'hôpital (92 %) et le plus faible sur les médicaments en ambulatoire (68 %). Les dépenses relatives aux médicaments comprennent les médicaments à usage préventif remboursés par l'assurance maladie, mais aussi des médicaments non remboursés (par exemple, certains contraceptifs hormonaux) et de l'automédication (notamment des vitamines ou encore des produits anti-tabac), ce qui explique un taux de remboursement plus faible que pour les autres postes de soins.

Tableau 2 Remboursement de soins et biens médicaux à visée préventive par l'assurance maladie obligatoire en 2014

En milliards d'euros pour le montant remboursé ; en % pour le taux de remboursement

	Montant remboursé	Taux de remboursement
1. Soins de ville	3,3	73
Médecins ¹	1,6	69
Consultations et visites	1,4	69
Actes CCAM	0,2	68
Dentistes	0,6	71
Analyses de biologie	1,1	81
2. Médicaments	2,8	68
3. Autres biens médicaux	0,1	81
4. Hôpital MCO ²	0,4	92
TOTAL	6,7	72

¹ Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

² Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Champ > Tous régimes.

Sources > SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Encadré 3 Diminution des dépenses de prévention dans la CSBM : quelle contribution des prix ?

Entre 2012 et 2014, les dépenses de prévention au sein de la CSBM ont diminué de 5,1 %, soit 2,6 % en moyenne par an. Ces dépenses baissent alors que les dépenses de prévention des médecins, des dentistes, d'autres biens médicaux et celles réalisées à l'hôpital en MCO tendent à progresser (graphique A). Les causes de cette diminution sont donc à rechercher auprès des deux autres postes étudiés : les médicaments et les analyses de biologie.

À elle seule, la diminution des dépenses des médicaments contribue à hauteur de -6,6 points à la baisse globale, dans la CSBM, des dépenses de prévention sur la période : -4,4 points pour les antihypertenseurs et hypolipémiants chez des patients sans complication et -2,2 points pour les autres médicaments (vaccins, produits anti-tabac, contraception hormonale..., graphique A). Il n'est pas possible d'estimer précisément l'impact de la génération des antihypertenseurs et hypolipémiants sur la baisse des dépenses des médicaments à visée préventive. En revanche, peuvent être isolées, d'une part, la contribution de l'évolution du nombre de patients traités et, d'autre part, celle du coût moyen du traitement par patient. Ainsi, entre 2012 et 2014, la diminution de 4,4 points de la dépense préventive due aux antihypertenseurs et hypolipémiants se décompose entre -0,7 point imputable à une diminution du nombre de patients sans complication traités et à -3,8 points attribués à une baisse du coût moyen par patient traité

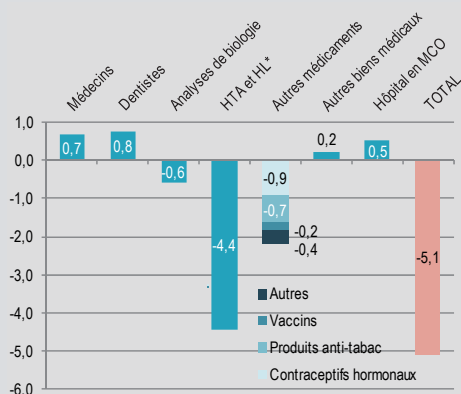
(graphique B). Il est vraisemblable qu'une partie importante de la baisse du coût par patient reflète l'impact de la génération de ces médicaments sur cette période. Toutefois, il n'est pas possible d'exclure qu'il y ait eu simultanément une modification des habitudes de prescriptions ou de l'état de santé des patients, qui contribuerait également à la baisse de la quantité consommée par patient.

Les analyses de biologie concourent également à diminuer les dépenses de prévention dans la CSBM, mais de manière moindre : à hauteur de -0,6 point. La baisse des dépenses des analyses de biologie est intégralement attribuable à un effet prix. En effet, entre 2012 et 2014, le nombre d'actes de biologie a augmenté de 5,6 %, ce qui a contribué à hauteur de +0,8 point à l'évolution des dépenses totales de prévention au sein de la CSBM. Cette hausse des volumes a été plus que compensée par l'effet prix négatif : la diminution du coût moyen par acte (-9,3 %) contribue ainsi à hauteur de -1,4 point à l'évolution des dépenses préventives totales. Cette diminution du coût moyen par acte pourrait être rapprochée des baisses des cotations de certains actes de biologie intervenues sur cette période (fiche 12 de cet ouvrage), notamment celle du dosage du PSA (antigène prostatique spécifique)¹.

Des effets prix peuvent également jouer au sein des autres postes, à la hausse ou à la baisse (revalorisation des tarifs des consultations, des séjours hospitaliers...). Toutefois, il n'est pas possible d'identifier précisément ces effets. En excluant les postes pour lesquels des effets prix importants sont vraisemblables (antihypertenseurs, hypolipémiants, analyses de biologie), les dépenses de prévention dans la CSBM seraient restées stables entre 2012 et 2014 (0,0 %).

Graphique A Contribution des différents postes à l'évolution des dépenses, 2012-2014

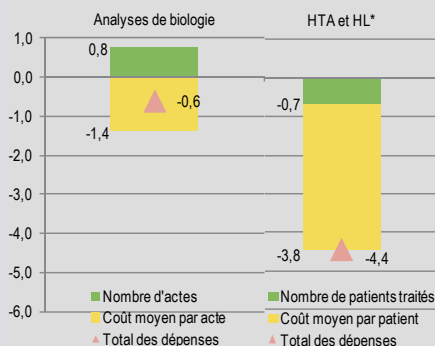
En points de pourcentage



Lecture > Entre 2012 et 2014, les dépenses de prévention au sein de la CSBM ont diminué de 5,1 %. Les dépenses d'analyses de biologie contribuent à cette baisse à hauteur de 0,6 point.

Graphique B Décomposition de la contribution des analyses de biologie et d'anti-hypertenseurs et hypolipémiants, 2012-2014

En points de pourcentage



Lecture > Entre 2012 et 2014, la diminution de 4,4 points de la dépense préventive due aux antihypertenseurs et hypolipémiants se décompose en près de -0,7 point attribué à une baisse du nombre de patients sans complication traités et -3,8 points attribués à une baisse du coût moyen par patient traité.

* Antihypertenseurs et hypolipémiants pour des patients sans complication.

Sources > SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

La prévention sanitaire, institutionnelle et non institutionnelle s'élève à 15,1 milliards d'euros en 2014

Ainsi, sur le champ partiel des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux), des soins de l'hôpital, des médicaments et des dispositifs médicaux, la prévention représente 9,3 milliards d'euros de dépenses en 2014. Ce montant de 9,3 milliards vient compléter les dépenses de prévention institutionnelle (fiche 36), qui s'établissent à 5,8 milliards en 2014. Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou disséminées au sein de la CSBM, atteignent donc 15,1 milliards d'euros en 2014, ce qui représente 5,9 % de la dépense courante de santé (DCS)².

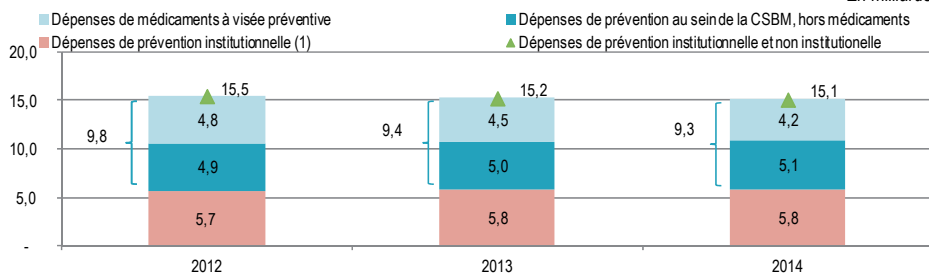
¹ Décision UNCAM du 26 février 2013 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

² La DCS est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Elle regroupe la CSBM ainsi que les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, les services de soins infirmiers à domicile, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, les dépenses pour le système de

Les dépenses de prévention dans la CSBM ont globalement diminué en moyenne de 2,6 % par an entre 2012 et 2014, tandis que les dépenses de prévention institutionnelle augmentent légèrement, de 1,1 % par an en moyenne (graphique 3). Cette hausse ne compense toutefois pas la baisse des dépenses de prévention au sein de la CSBM. En conséquence, les dépenses totales de prévention reculent en moyenne de 1,2 % par an entre 2012 et 2014.

Graphique 3 Dépenses de prévention institutionnelle et non institutionnelle entre 2012 et 2014

En milliards d'euros



¹ Hors dépenses comptabilisées dans la CSBM (cf. fiche 36)

Champ > Tous régimes.

Sources > Comptes de la santé, SNIIRAM ; SNIR ; GERS ; EPPM – IMS-Health ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Pour en savoir plus

Fiche 36 « La prévention institutionnelle », dans cet ouvrage.

Baillet A, Prost T, 2014, « Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012 », *Comptes nationaux de la santé*, DREES, septembre.

« La prévention sanitaire », 2011, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du Code des juridictions financières), Cour des comptes, octobre.

Renaud T, Sermet C, 2008, *Les dépenses de prévention en France*, IRDES.

6

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés

Annexe 1

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale d'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques [VHP], matériels, aliments et pansements).

La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat global des comptes de la santé, la dépense courante de santé est 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).

La DCS regroupe la CSBM ainsi que :

- les autres dépenses pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et indemnités journalières (maladie, maternité et AT/MP) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les soins aux personnes en difficulté sociale.

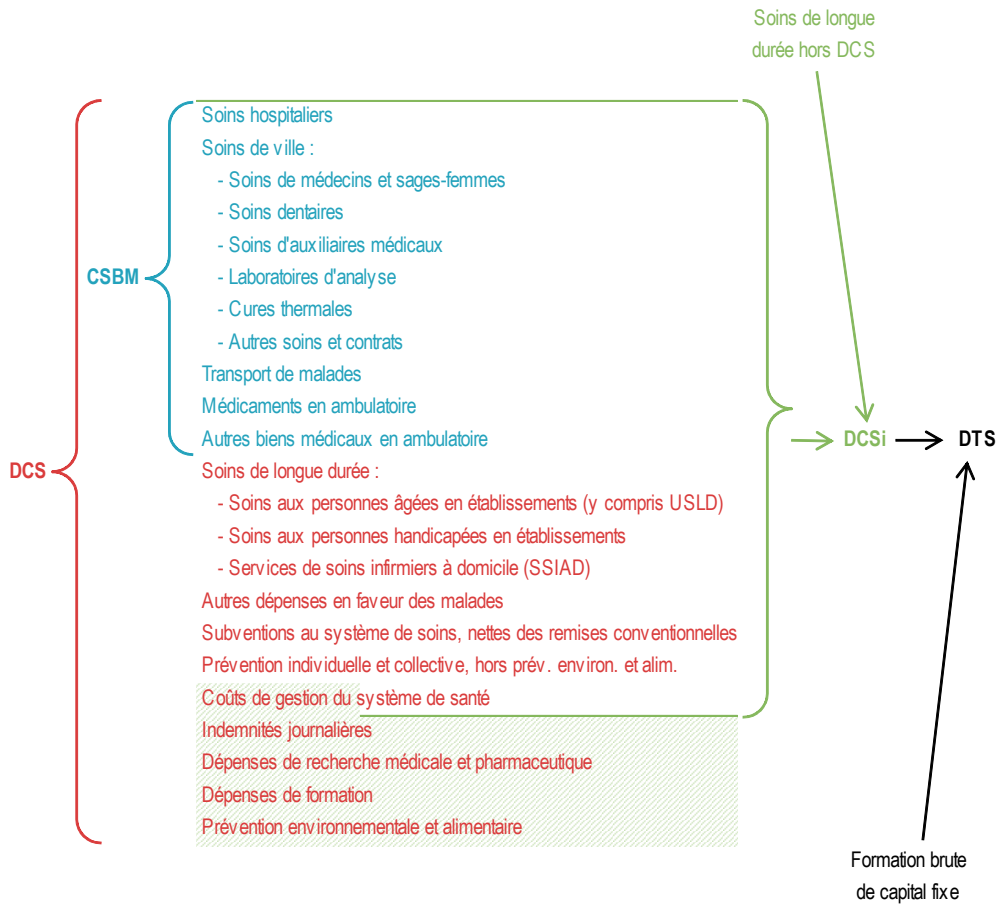
La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

Les comptes de la santé servent de base à la réponse de la France au *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS au sens français diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), 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 certaines dépenses de prise en charge du handicap et de la dépendance : ces soins de longue durée additionnels correspondent à une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, et à la prestation de compensation du handicap.

C'est le concept de DCSi qui prime désormais sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour effectuer des comparaisons internationales. La DTS correspond à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement en capital au titre du système de soins (formation brute de capital fixe - FBCF). Or, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas la FBCF dans leur DTS, ce qui limite la comparabilité de cet agrégat.

La DCSi s'élève à 236,9 milliards d'euros en 2014 : la totalité de la CSBM et environ les deux tiers de la DCS, auxquels s'ajoutent 3,8 milliards au titre des soins de longue durée additionnels. La DTS, qui englobe la DCSi et la formation brute de capital fixe (13,8 milliards), atteint 250,7 milliards d'euros en 2014.

Schéma Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international

Notes > Pour l'évaluation de la DCSi, les coûts de gestion sont réduits du montant des frais de gestion sur indemnités journalières (frais de gestion évalués conventionnellement *a minima*, faute de données plus précises, au prorata des dépenses correspondantes). Les soins de longue durée ajoutés à la DCS pour l'évaluation de la DCSi correspondent à une partie de l'APA (aide personnalisée pour l'autonomie) et à l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne). Les recoupements des notions de soins et de services sociaux de longue durée avec la DCS et la DCSi sont détaillés en fiche 47.

Annexe 2

Les révisions de l'édition 2016 des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions méthodologiques sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision.

Les révisions opérées ont été appliquées sur l'ensemble de la période 2001-2014 pour disposer d'une série homogène. Pour l'année 2014, elles s'ajoutent aux révisions usuelles, liées à l'intégration des données définitives. Les révisions de nature méthodologique sont détaillées ci-dessous.

Rétropolation en base 2010 des années 2001 à 2005

Les comptes de la santé sont désormais calculés à méthodologie constante (en base 2010) depuis 2001 alors que cette base comptable n'était auparavant disponible que pour les années 2006 et suivantes.

Utilisation de taux moyens de remboursements du régime général finement adaptés à la nomenclature des comptes sur l'ensemble de la période

Pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable, les comptes de la santé utilisent des taux moyens de remboursement (TMR, cf. annexe 3) des trois principaux régimes. Les TMR du régime général sont désormais calculés à partir de la statistique mensuelle de la CNAM qui présente des séries particulièrement adaptées à la nomenclature des comptes de la santé. Les révisions sont concentrées sur les seuls médecins spécialistes pour les années 2011 à 2014, mais concernent un plus grand nombre de postes de dépenses pour les années 2006 à 2010.

Précisions apportées sur les contrats et rémunérations forfaitaires

Les rémunérations forfaitaires des professionnels de santé sont désormais distinguées entre le poste « autres soins et contrats » compris dans les soins de ville et le poste « rémunérations forfaitaires » comptabilisé avec les médicaments en ambulatoire. Ces deux postes retracent respectivement les dépenses suivantes.

Autres soins et contrats (soins de ville)	Rémunérations forfaitaires (médicaments en ambulatoire)
- Honoraires des autres professions de santé ; - ROSP des médecins ; - Permanence des soins en ambulatoire ; - Rémunérations sur contrats des professionnels de santé.	- Honoraires de dispensation ; - ROSP pharmacie ; - Permanence des pharmacies en ville ; - Intéressement au titre des CAQOS relatifs aux dépenses de médicaments.

Élargissement du champ de l'optique médicale retracé dans les comptes de la santé

Les dépenses d'optique présentées dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2014 - édition 2015* n'incluaient pas les lentilles non remboursables. Ces dernières échappaient en effet au champ de la statistique publique faute de données pertinentes.

Les statistiques diffusées par GFK sur le marché de l'optique ont récemment permis d'élargir le champ couvert par les comptes de la santé. Une évaluation de la consommation de lentilles y est en effet présentée. Compte tenu de cet effet de champ, la dépense d'optique est désormais revue à la hausse de plus de 300 millions d'euros en 2014, pour atteindre 6,1 milliards d'euros. Les montants des années précédentes ont également été revus en cohérence avec le périmètre complété.

En termes de financement, les éléments ajoutés étant constitués de dépenses non remboursables par l'assurance maladie, la totalité de la révision se répercute à la hausse sur le reste à charge des ménages, le montant de la participation des autres financeurs demeurant inchangé.

Classement des produits d'origine humaine

Les produits d'origine humaine (POH) initialement classés avec les autres bien médicaux sont désormais conventionnellement retracés au sein des médicaments en ambulatoire.

Suivi des dépenses de formation

La méthodologie des comptes de la formation a été revue depuis les éditions précédentes des comptes de la santé. En particulier, seules les professions réalisant effectivement des soins (médecins, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, techniciens de laboratoire) sont désormais incluses dans les professions de santé. Les formations concernant

d'avantage les métiers de la santé publique ou de la recherche médicale, comme celles délivrées par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Institut Pasteur ne sont plus prises en compte. Par ailleurs, les frais d'inscription aux études de santé des ménages ont été évalués avec davantage de précision.

Enfin, la formation continue des professionnels de santé financée par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) et par le Fonds d'Assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) a été prise en compte cette année. Cependant, la formation continue des professionnels de santé financée par d'autres acteurs privés reste hors champ, car non mesurable avec précision.

Coûts de gestion de l'assurance maladie obligatoire

Les coûts de gestion de la Sécurité sociale pour les risques maladie et maternité sont désormais pris en compte dans leur totalité. Auparavant, les coûts de gestion relatifs aux indemnités journalières étaient retranchés, car ces dernières ne font pas partie de la CSBM. Les coûts de gestion de la Sécurité sociale sont ainsi rehaussés de près de 400 millions d'euros en 2014, les évolutions étant peu affectées.

En revanche, les coûts de gestion du risque accidents du travail-maladie professionnelles restent diminués de la part relative aux pensions et rentes, hors du champ de la dépense courante de santé.

Annexe 3

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation de soins ambulatoires, l'absence d'un prix avec une signification économique pour les soins hospitaliers implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale utilise les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considéré.

Les soins hospitaliers

Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés, d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG).

Le secteur privé est, quant à lui, composé :

- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant opté pour le régime conventionnel, dont les dépenses étaient anciennement encadrées par un objectif quantifié national (ESPIC ex-OQN) ;
- des établissements privés à but lucratif.



Les comptes de la santé retracent dans la CSBM l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en USLD, en EHPA[D]...) ne concourent pas au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé. Ils sont donc intégrés dans la dépense courante de santé (DCS), et non dans la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production qui n'est ni vendue ni réutilisée. La production totale du secteur est obtenue en sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple, mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...), et la production pour emploi final propre (production de certaines tâches en interne pour assurer le fonctionnement de l'établissement). Puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire, la production non marchande non sanitaire, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux, retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

Facteurs de production tirés des emplois

Consommation intermédiaire
 Rémunération des salariés
 Impôts sur la production nets des subventions
 Consommation de capital fixe

- Production vendue ou réutilisée

Ventes résiduelles
 Production pour emploi final propre
 Production non marchande de services non sanitaires et corrections

= Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

B. Les établissements de santé du secteur privé

Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

L'évaluation des soins de santé hospitaliers du secteur privé est faite comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale.

Les soins ambulatoires et les soins en clinique privée

Pour établir la consommation des soins ambulatoires et des soins en clinique privée, les comptes de la santé reposent à l'origine sur les tableaux comptables de données centralisées (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI, MSA, et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les remboursements effectués par l'assurance maladie aux assurés, aux professionnels de santé, aux distributeurs de bien médicaux et aux établissements de santé. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (ROSP, rémunérations sur contrat, etc.) et les provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées pour l'année provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAMTS, du RSI et de la MSA renseignant à la fois les dépenses reconnues et les dépenses remboursables des assurés permettent d'établir pour chaque poste un taux moyen de remboursement (TMR) grâce auquel la prestation de l'assurance maladie tous régimes peut être convertie en dépense reconnue.

Les statistiques du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) donnent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins et les autres professionnels de santé. Elles retracent également les honoraires des médecins non conventionnés.

Les dépenses de médicaments non remboursables sont fournies par les entreprises du médicament (LEEM), et celles de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA). Les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du SNIIR-AM.

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les statistiques disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue. Les ratios de dépenses supplémentaires pour chaque poste sont estimés à chaque changement de base à l'aide de données annexes (sources fiscales par exemple) et réévalués périodiquement.

¹ Cf. Éclairage dans l'édition précédente de cet ouvrage « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

Annexe 4

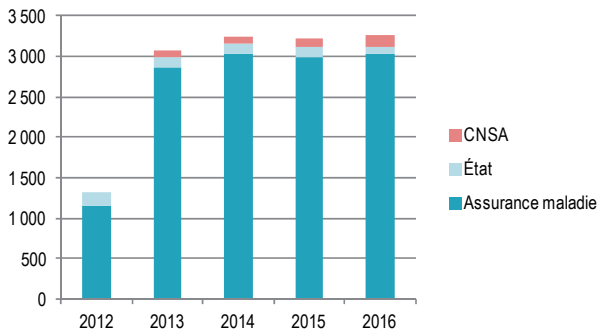
Le Fonds d'intervention régional

Le Fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2012, est un organe de financement du système de soins à l'échelon régional. Il regroupe, depuis 2012, différents crédits portant sur les domaines de la performance, de la continuité et de la qualité des soins et de la prévention. Ces crédits, auparavant dispersés en plusieurs entités, sont désormais regroupés dans une enveloppe unique par région, pour une plus grande souplesse de gestion (ceux-ci étant partiellement fongibles, au bénéfice de la prévention, et donc susceptibles d'être en partie réaffectés entre missions en fonction des priorités régionales).

En 2012, 1,3 milliard d'euros de dotations ont été attribuées au FIR (il s'agissait d'une année incomplète, le FIR ayant été créé au 1^{er} mars). Le périmètre du Fonds a été élargi en 2013 aux aides à la contractualisation et aux missions d'intérêt général des établissements de santé, aux groupes d'entraide mutuelle et aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)... L'enveloppe allouée au FIR atteint 3,2 milliards d'euros en 2015 et 3,3 milliards en 2016 (graphique 1),

Graphique 1 Crédits délégués aux agences régionales de santé au titre du FIR

En millions d'euros



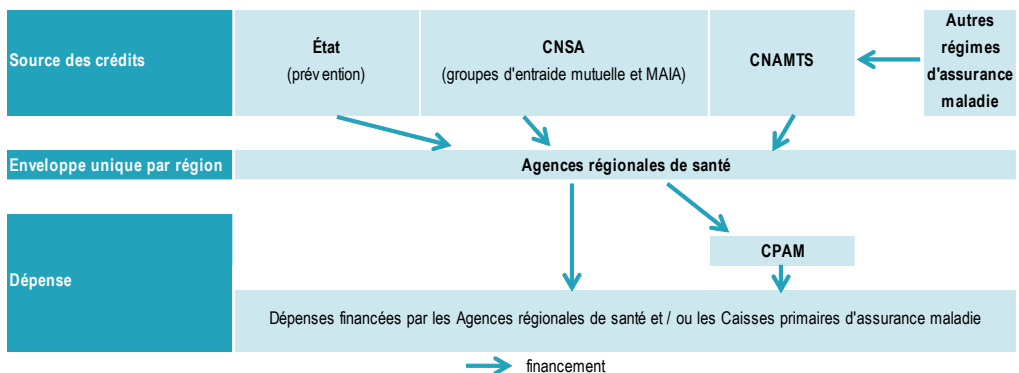
Note > Il s'agit ici des crédits alloués et non des dépenses réalisées.

Source > Arrêtés fixant le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé (ARS) au titre du FIR (Légifrance).

Les crédits attribués au FIR proviennent de trois sources : à titre principal, de l'assurance maladie (93 % des crédits en 2015), mais aussi de l'État (au titre de la prévention, près de 4 % des crédits) et de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA, 4 % des crédits). Seuls les crédits de l'assurance maladie sont inclus dans le champ de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont ils constituent un sous-objectif spécifique depuis 2014.

Gérés par les agences régionales de santé (ARS), les crédits du FIR sont versés, selon les cas, par les ARS ou par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM, graphique 2).

Graphique 2 Le circuit des dépenses du FIR



Source > Schéma réalisé d'après le rapport à la CCSS de juin 2014.

Dans le cadre de la LFSS pour 2015, les missions du FIR ont été réorganisées en cinq axes :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés, ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- le développement de la démocratie sanitaire.

Les missions 3 et 4 représentent à elles deux près des deux tiers des dépenses totales du FIR en 2015 (tableau). En effet, 0,9 milliard d'euros ont été alloués à la permanence des soins et près de 1,2 milliard d'euros ont été attribués à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales en 2015. Cette mission recouvre par exemple :

- l'appui aux démarches de fiabilisation et certification des comptes ;
- le soutien au déploiement du programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) : création de groupements d'achat ;
- le déploiement de la comptabilité analytique ;
- le déploiement et la généralisation du projet de facturation directe auprès des CPAM (FIDES).

On y trouve aussi, entre autres, l'accompagnement social des restructurations.

Tableau Répartition des dépenses réalisées du FIR par mission en 2015

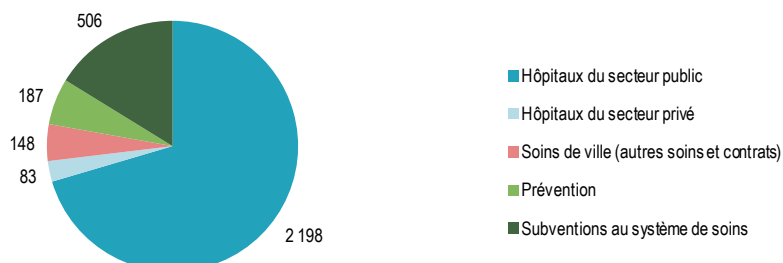
	Montant (millions €)	Répartition (%)
Mission 1 Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	440	13,3
Mission 2 Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	757	22,9
Mission 3 Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	903	27,3
Mission 4 Efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 188	35,9
Mission 5 Développement de la démocratie sanitaire	4	0,1
Mission 6 Autre	18	0,5
Total	3 309	100,0

Source > États financiers des ARS.

Dans les comptes de la santé, les dépenses du FIR sont retracées dans la consommation du soin concerné (graphique 3). Ainsi, en 2015, la consommation de soins en établissement hospitalier public est notamment financée par près de 2,3 milliards d'euros au titre du FIR, et la consommation de soins en hôpital privé par 83 millions d'euros. De même, le poste « autres soins et contrats » des soins de ville retrace les dépenses du FIR (148 millions d'euros en 2015), notamment au titre de la permanence des soins ambulatoires et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins des transporteurs sanitaires. Les autres dépenses du FIR (soit 19 % du total) ne font pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux, mais de celui de la dépense courante de santé. Il s'agit de dépenses au titre de la prévention et de subventions au système de soins (notamment soutien aux réseaux de santé et dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESP]).

Graphique 3 Répartition des actions du FIR financées par l'assurance maladie en 2015

En millions d'euros



Champ > Dépenses réalisées de l'assurance maladie au titre du FIR.

Source > CNAMTS, calculs DREES.

Annexe 5

Les indices de prix et de volume des comptes de la santé

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

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. 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 : $Valeur^i = Quantité^i \times Prix^i$, où i est un produit homogène donné.

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 celle de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté $Volume_{p\grave{a}p}$) qui n'est autre que l'agrégation des produits valorisés aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des coûts à qualité constante), mais permet également de mesurer l'évolution de la qualité des produits, qui rend compte de l'agrégation de soins et de biens médicaux de natures différentes. C'est ce que l'on résume par l'équation :

$$Valeur = Volume_{p\grave{a}p} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année précédente}}$$

La construction des indices

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année $n-1$). L'absence d'indexation renvoie à l'année n .

Valeurs

L'indice de la valeur globale dépend des prix et des quantités des années n et $n-1$:

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de Laspeyres :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Une évolution de la valeur due à la variation des quantités ou à la déformation de la structure de consommation est retracée dans l'indice de volume. À prix inchangés, si la structure de la consommation se déforme d'une année sur l'autre au profit des produits plus chers (respectivement moins chers), l'indice de volume croît (respectivement décroît). Cet effet est appelé « effet qualité » puisqu'il permet d'estimer à travers les volumes la qualité des soins et des biens médicaux consommés.

Prix

L'indice des prix (indice de Paasche) s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Une évolution de la valeur liée à la variation du prix de tout type de soin et bien médical est retracée dans l'indice de prix.

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 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.

L'indice de volume des soins hospitaliers publics

L'indice de volume de la production est élaboré 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 données d'activité du court séjour fournies par l'ATIH. L'indice de volume est directement lié à l'activité réelle des établissements.

Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués (tarifs des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR) et de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses).

Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

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 et de sages-femmes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas le forfait médecin traitant non facturé aux ménages et pris en charge par l'assurance maladie. Cette rémunération forfaitaire est dès lors implicitement incluse dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins et de sages-femmes libéraux, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ plus restreint des soins de médecins et de sages-femmes au sens des comptes de la santé (i.e. hors honoraires en cliniques privées).

Le prix des « autres soins et contrats »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « autres soins et contrats » (ROSP notamment) est fixe. La comptabilisation de la ROSP en tant qu'effet volume se justifie par le fait qu'il s'agit de la contrepartie d'actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins qui passe notamment par une optimisation de la prescription (en particulier des médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive. Les évolutions de ces transferts sont donc intégralement comptabilisées dans l'indice de volume.

En revanche, le prix des honoraires des autres professionnels de santé inclus dans ce poste suit celui des soins de médecins et de sages-femmes.

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, qui comptabilise 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.

Le déremboursement, d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'INSEE : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans *Insee Première*, n° 1408, publié en juillet 2012 : « Les prix des médicaments de 2000 à 2010 », T. Aunay.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'INSEE. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour diabétiques...) pour 28 %, celui du matériel médico-chirurgical pour 39 %, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers...

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAMTS¹ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

De même, le prix des « orthèses, prothèses externes et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des véhicules pour handicapés physiques (VHP)... Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices.

¹ La décomposition effectuée par la CNAMTS couvre les remboursements du régime général, hors SLM, en France métropolitaine.

Annexe 6

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
AcBUS : accord de bon usage des soins
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : automatisation des listes
AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (aujourd'hui remplacée par l'ANSM)
AIS : actes infirmiers de soins
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : affection de longue durée
AMC : assurance maladie complémentaire
AME : aide médicale de l'État
AMI : actes médicaux infirmiers
AMK : actes de masso-kinésithérapie
AMM : autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
AMO : assurance maladie obligatoire
AMOS : assurance maladie – Offre de soins (base de données de l'assurance maladie)
AMY : actes d'orthoptie
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT/MP : accidents du travail-maladies professionnelles
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
CAMIEG : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
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)
CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNETh : Conseil national des exploitants thermaux

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : Comptes nationaux de la santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE : Centre national des soins à l'étranger
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPO : centres de préorientation pour adultes handicapés
CPS : Comptes de la protection sociale
CRP : centres de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : dépense courante de santé (au sens français)
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
DMI : dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJDS : établissement pour jeunes déficients sensoriels
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France)
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle (de la CNAMTS)
FAM : foyers d'accueil médicalisés
FBCF : formation brute de capital fixe
FFI : médecin « faisant fonction d'interne »
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fonds d'intervention régionale
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

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)
GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)
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

IEM : institut d'éducation motrice
IFSI : institut de formation aux soins infirmiers
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France)
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTS : Institut national de la transfusion sanguine
InVS : Institut national de veille sanitaire (devenu Santé publique France)
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
ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : les entreprises du médicament
LPP : liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : maisons d'accueil spécialisé
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
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
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO : objectif de dépenses d'assurance maladie des activités de maladie, chirurgie, obstétrique et odontologie
OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)
OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu.
OMAR : outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
OQN : Objectif quantifié national (de dépenses de SSR et psychiatrie des établissements de santé privés)

P

PACES : première année commune aux études de santé.
PCH : prestation de compensation du handicap
PIB : produit intérieur brut
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)
PPA : parités de pouvoir d'achat
PQE : programmes de qualité et d'efficience (annexe 1 au PLFSS)
PSCE : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES
PSPH : établissement de santé « participant au service public hospitalier »
PUMa : protection universelle maladie

R

RAC : reste à charge
RG : régime général (de l'assurance maladie)
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD : services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHA : System of Health Accounts
SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR : service médical rendu (par un médicament)
SMUR : service médical d'urgence
SNIIRAM et **SNIR** : Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

SPS : enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSA : service de santé des armées

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 (d'un médicament)

TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : ticket modérateur

U

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle

UFR : unité de formation et de recherche

USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour handicapé physique

VSL : véhicule sanitaire léger

Annexe 7

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Automatisation Des Listes (ADELI) : système d'information national dénombant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

Aide médicale d'État (AME) : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des comptes de la santé.

Autres biens médicaux : optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques.

Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) : introduits par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, ils permettent à l'assurance maladie et aux agences régionales de santé d'accompagner pendant trois ans les établissements publics de santé dont les dépenses prescrites de transports et/ou de médicaments ont

sensiblement progressé, au-delà des taux d'évolution fixés.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Comptes de la santé : compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : cf. annexe 1 et fiche 1.

Consommation effective des ménages : inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des ISBLSM, donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Dépenses de consommation finale des ménages : comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques : recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).

La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : cf. annexe 1.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP à compter de 2012.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans).

Hospitalisation complète : séjours de plus d'un jour.

Hospitalisation partielle : venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

Lits de soins aigus : lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'assurance maladie, distinguant quatre types de produits :

- titre I - dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- titre II - orthèses et prothèses externes ;
- titre III - dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- titre IV - véhicules pour handicapés physiques.

NM 2004 : la moyenne NM 2004 regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovaquie.

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

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

Parité de pouvoir d'achat : voir Standards de pouvoir d'achat.

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : permet d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Prévention institutionnelle : fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention

réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB) : principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations des salariés versées par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions d'exploitation reçues.

Reste à charge des ménages : part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA) : en comptabilité nationale, la formation du revenu des ménages fait l'objet d'une analyse en trois temps :

- 1) Le compte d'affectation des revenus primaires retrace les revenus liés à la participation des ménages au processus de production.
- 2) Le compte de distribution secondaire des revenus montre comment le solde des revenus primaires est modifié par les opérations de redistribution : impôts courants sur le revenu et le patrimoine, cotisations et prestations sociales en espèces, etc. Le solde de ce compte est le revenu disponible brut (RDB), qui représente ainsi le revenu courant après impôt pouvant être réparti par les ménages entre dépense de consommation finale et épargne.
- 3) Le compte et redistribution du revenu en nature retrace les prestations sociales en nature et les services collectifs individualisables (éducation, etc.). Son solde est le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, qui, contrairement au RDB, tient compte des transferts sociaux en nature.

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) : dispositif de rémunération à la performance a été mis en œuvre en 2012. Cette rémunération est versée en avril n+1 sur l'activité de l'année n, selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portent sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portent notamment sur la délivrance de médicaments génériques. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre duquel elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire ADEL depuis novembre 2011.

Santé publique France : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé,

l'agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 1^{er} mai 2016 l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits « PSPH ») et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits « ex-PJP »), ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistique sur les Revenus et Conditions de Vie (SRCV) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Système national des données de santé (SNDS) : son cadre est fixé par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Cette base de données médico-administratives en cours de construction est constituée essentiellement des bases rassemblées par la CNAMTS (SNIIR-AM, PMSI), qui seront complétées par des bases de taille plus réduite (causes de décès, données sur le handicap et échantillon représentatif des données de l'assurance maladie complémentaire). Ces données sont réunies à des fins de connaissance, pour être mises à disposition de personnes autorisées à les traiter dans les conditions définies par la loi.

Soins de ville : au sens des comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIR-AM) : permet de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

Standards de pouvoir d'achat (SPA) : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services. Pour la procédure de calcul de la PPA, il est nécessaire de choisir une valeur de référence, usuellement une monnaie, dont la valeur est fixée à 1. L'Institut européen des statistiques, Eurostat, utilise le standard de pouvoir d'achat (SPA) comme unité monétaire fictive de référence.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'assurance maladie sur la base du prix du générique.

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

Note :

Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.



Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés

Tableaux détaillés 1

Consommation de soins et de biens médicaux

Tableau 1 CSBM en valeur (euros courants)

En millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 554	72 949	75 396	78 342	80 322	82 463	84 570	86 687	89 079	90 790
Hôpitaux du secteur public	43 647	45 812	48 504	50 809	52 548	54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	70 126
Hôpitaux du secteur privé	12 120	12 927	13 673	14 583	15 368	16 172	16 709	17 457	18 131	18 621	19 169	19 619	19 908	20 444	20 664
2-Soins ambulatoires	65 089	69 380	73 976	77 815	80 098	82 693	86 492	89 302	91 493	93 155	96 277	98 030	99 383	102 079	103 777
• Soins de ville	30 389	32 778	34 963	36 394	37 494	39 076	40 854	41 991	43 149	43 866	45 721	47 044	48 283	49 396	50 546
Soins de médecins et de sages-femmes	13 904	14 865	15 697	16 091	16 488	17 049	17 747	18 026	18 356	18 157	18 908	19 015	19 298	19 728	20 142
- Médecins généralistes	6 736	7 171	7 712	7 559	7 791	7 962	8 311	8 374	8 414	8 146	8 565	8 496	8 542	8 662	8 712
- Médecins spécialistes	7 068	7 589	7 871	8 422	8 578	8 960	9 309	9 516	9 794	9 851	10 171	10 331	10 537	10 822	11 160
- Sages-femmes	100	106	113	110	118	128	127	136	148	160	172	189	219	243	270
Soins d'auxiliaires médicaux	6 085	6 658	7 177	7 669	8 009	8 565	9 230	9 774	10 341	10 850	11 521	12 322	13 105	13 768	14 353
- Infirmiers	2 748	3 005	3 314	3 554	3 735	4 025	4 365	4 691	5 131	5 477	5 893	6 357	6 787	7 161	7 535
- Masseurs-kinésithérapeutes	2 813	3 055	3 208	3 423	3 555	3 781	4 070	4 239	4 327	4 441	4 634	4 913	5 191	5 428	5 597
- Autres	524	598	655	691	719	759	794	844	883	932	993	1 051	1 126	1 179	1 222
Soins de dentistes	7 262	7 776	8 316	8 614	8 762	9 054	9 315	9 500	9 654	9 987	10 280	10 480	10 595	10 584	10 709
Analyses	2 824	3 158	3 451	3 675	3 788	3 885	4 016	4 109	4 195	4 255	4 390	4 332	4 337	4 312	4 312
Cures thermales (forfait soins)	303	308	313	311	310	309	322	320	320	328	332	353	364	388	392
Autres soins et contrats (y compris ROSP médecins)	11	12	9	34	138	214	224	262	282	288	290	543	584	616	637
• Transports de malades	2 070	2 254	2 430	2 648	2 825	3 079	3 212	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 591
• Médicaments en ambulatoire	26 113	27 278	28 971	30 522	31 006	31 173	32 204	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 963
Achats de médicaments	26 113	27 278	28 971	30 522	31 006	31 173	32 202	33 094	33 571	33 680	34 177	33 741	33 029	33 921	31 632
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							2	41	39	40	40	123	225	227	2 332
• Autres biens médicaux en ambulatoire	6 517	7 070	7 612	8 252	8 773	9 364	10 223	10 812	11 166	11 825	12 488	13 047	13 559	14 123	14 677
Optique	3 583	3 739	3 899	4 103	4 240	4 442	4 821	4 965	5 193	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	1 013	1 106	1 214	1 340	1 506	1 639	1 765	1 889	1 973	2 078	2 232	2 306	2 421	2 590	2 772
Matériels, aliments et pansements	1 921	2 226	2 500	2 808	3 027	3 284	3 636	3 957	4 000	4 271	4 530	4 793	5 133	5 466	5 764
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	120 856	128 118	136 153	143 207	148 014	153 246	159 440	164 699	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 567

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 Indices de valeur de la CSBM

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,4	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,8	101,9
Hôpitaux du secteur public	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8	102,8	102,2
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	103,9	102,7	102,9	102,3	101,5	102,7	101,1
2-Soins ambulatoires	106,6	106,6	105,2	102,9	103,2	104,6	103,2	102,5	101,8	103,4	101,8	101,4	102,7	101,7
• Soins de ville	107,9	106,7	104,1	103,0	104,2	104,5	102,8	102,8	101,7	104,2	102,9	102,6	102,3	102,3
Soins de médecins et de sages-femmes	106,9	105,6	102,5	102,5	103,4	104,1	101,6	101,8	98,9	104,1	100,6	101,5	102,2	102,1
- Médecins généralistes	106,5	107,5	98,0	103,1	102,2	104,4	100,7	100,5	96,8	105,1	99,2	100,5	101,4	100,6
- Médecins spécialistes	107,4	103,7	107,0	101,9	104,5	103,9	102,2	102,9	100,6	103,3	101,6	102,0	102,7	103,1
- Sages-femmes	106,0	107,5	97,4	107,2	107,7	99,2	107,7	108,5	108,2	107,5	109,8	115,8	111,1	111,1
Soins d'auxiliaires médicaux	109,4	107,8	106,9	104,4	106,9	107,8	105,9	105,8	104,9	106,2	107,0	106,4	105,1	104,3
- Infirmiers	109,3	110,3	107,2	105,1	107,7	108,5	107,5	109,4	106,7	107,6	107,9	106,8	105,5	105,2
- Masseurs-kinésithérapeutes	108,6	105,0	106,7	103,8	106,4	107,6	104,1	102,1	102,6	104,4	106,0	105,7	104,6	103,1
- Autres	114,2	109,5	105,5	104,0	105,5	104,6	106,3	104,6	105,6	106,6	105,8	107,1	104,7	103,6
Soins de dentistes	107,1	106,9	103,6	101,7	103,3	102,9	102,0	101,6	103,5	102,9	101,9	101,1	99,9	101,2
Analyses	111,8	109,3	106,5	103,1	102,6	103,4	102,3	102,1	101,4	103,2	98,7	100,1	99,4	100,0
Cures thermales (forfait soins)	101,7	101,5	99,5	99,4	99,7	104,3	99,4	100,1	102,5	101,1	106,3	103,2	106,4	101,2
Autres soins et contrats (y compris ROSP médecins)	105,7	77,9	365,1	406,8	155,3	104,7	117,0	107,9	102,0	100,6	187,2	107,7	105,5	103,3
• Transports de malades	108,9	107,8	109,0	106,7	109,0	104,3	104,8	106,0	105,0	102,9	105,8	105,3	102,9	104,0
• Médicaments en ambulatoire	104,5	106,2	105,4	101,6	100,6	103,3	102,9	101,4	100,3	101,5	99,0	98,2	102,7	99,5
Achats de médicaments	104,5	106,2	105,4	101,6	100,6	103,3	102,8	101,4	100,3	101,5	98,7	97,9	102,7	93,3
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							+++	96,6	100,4	100,5	310,1	182,0	101,0	1 028,4
• Autres biens médicaux en ambulatoire	108,5	107,7	108,4	106,3	106,7	109,2	105,8	103,3	105,9	105,6	104,5	103,9	104,2	103,9
Optique	104,4	104,3	105,3	103,3	104,8	108,6	103,0	104,6	105,4	104,6	103,9	101,0	101,0	101,2
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	109,1	109,8	110,4	112,4	108,9	107,7	107,0	104,4	105,3	107,4	103,3	105,0	107,0	107,0
Matériels, aliments et pansements	115,9	112,3	112,3	107,8	108,5	110,7	108,8	101,1	106,8	106,1	105,8	107,1	106,5	105,4
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,0	106,3	105,2	103,4	103,5	104,0	103,3	103,1	102,1	103,0	102,2	101,9	102,7	101,8

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 3 Indices de prix de la CSBM

Indices de prix : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-Soins hospitaliers	103,7	104,6	103,3	101,4	101,5	102,1	100,5	100,8	99,8	99,9	100,0	100,6	100,5	99,8
Hôpitaux du secteur public	103,6	104,7	103,2	101,1	101,8	102,1	100,4	100,9	99,5	99,8	100,0	100,8	100,7	100,1
Hôpitaux du secteur privé	104,1	104,3	103,7	102,4	100,5	101,8	101,0	100,5	100,6	100,6	100,3	99,7	99,8	98,9
2-Soins ambulatoires	101,0	101,6	100,1	100,4	99,8	100,0	100,1	99,7	99,5	99,9	99,4	99,0	99,0	98,9
• Soins de ville	102,7	103,4	100,8	101,4	102,3	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1	100,9	100,8	100,3	100,4
Soins de médecins et de sages-femmes	106,2	105,4	101,1	102,7	104,3	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5	100,1	100,2	100,5
Soins d'auxiliaires médicaux	104,5	103,2	101,3	100,0	100,0	100,8	101,7	101,8	100,3	100,0	101,8	102,1	100,0	100,0
Soins de dentistes	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1	100,9	100,8	101,1	100,9
Analyses	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Cures thermales (forfait soins)	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7	106,4	103,2	102,7	102,1	102,7	102,7	101,8	101,8	101,2
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	106,2	103,9	100,4	100,2	100,2	100,3	100,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Transports de malades	102,1	101,9	100,5	101,9	103,3	101,5	101,5	103,2	100,8	100,7	101,5	101,9	101,4	101,3
• Médicaments en ambulatoire	98,8	99,6	98,8	98,8	96,3	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0	96,9	95,6	96,3	96,0
• Autres biens médicaux en ambulatoire	101,1	101,7	101,4	101,0	100,6	100,5	101,5	101,2	100,3	100,5	100,5	100,4	100,3	99,8
Optique	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0	100,8	100,5	100,7	99,7
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	100,4	100,4	100,7	100,4	100,2	100,1	100,4	100,1	100,9	100,2	99,5	100,1	100,0	99,8
Matériels, aliments et pansements	100,8	101,1	100,8	100,5	101,2	100,3	102,0	102,0	100,1	101,2	100,7	100,3	100,0	100,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	102,2	103,0	101,5	100,8	100,6	100,9	100,3	100,2	99,6	99,9	99,7	99,7	99,7	99,3

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 4 Indices de volume de la CSBM*Indices de volume : base 100 année précédente*

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-Soins hospitaliers	101,5	101,2	101,8	102,5	102,4	101,3	102,8	103,1	102,8	102,7	102,5	101,9	102,3	102,1
Hôpitaux du secteur public	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,7	102,0	102,1	102,0
Hôpitaux du secteur privé	102,4	101,4	102,8	102,9	104,7	101,5	103,4	103,3	102,1	102,4	102,1	101,7	102,9	102,2
2-Soins ambulatoires	105,6	104,9	105,1	102,6	103,5	104,6	103,2	102,8	102,3	103,5	102,4	102,4	103,8	102,8
• Soins de ville	105,0	103,2	103,2	101,6	101,9	102,7	101,3	101,9	101,1	103,1	102,0	101,8	102,0	101,9
Soins de médecins et de sages-femmes	100,7	100,2	101,4	99,7	99,2	101,1	100,1	101,6	98,6	102,0	100,1	101,4	102,1	101,6
Soins d'auxiliaires médicaux	104,7	104,5	105,5	104,4	106,9	106,9	104,1	103,9	104,6	106,2	105,0	104,2	105,1	104,3
Soins de dentistes	112,3	106,0	103,3	100,7	101,5	101,6	100,2	100,4	102,2	101,8	101,0	100,2	98,8	100,3
Analyses	109,5	107,7	106,5	103,1	102,6	103,4	102,3	102,1	101,4	103,2	98,7	100,1	99,4	100,0
Cures thermales (forfait soins)	98,7	99,0	98,0	97,4	97,1	98,0	96,4	97,5	100,4	98,5	103,5	101,4	104,5	100,0
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	99,5	74,9	363,5	406,0	154,9	104,4	116,9	107,8	102,0	100,6	187,2	107,7	105,5	103,3
• Transports de malades	106,7	105,8	108,4	104,7	105,6	102,8	103,3	102,7	104,1	102,2	104,2	103,3	101,5	102,7
• Médicaments en ambulatoire	105,7	106,7	106,6	102,8	104,4	105,9	105,3	104,1	102,6	103,5	102,2	102,7	106,6	103,6
• Autres biens médicaux en ambulatoire	107,3	105,9	106,9	105,2	106,2	108,6	104,2	102,0	105,6	105,1	103,9	103,6	103,9	104,1
Optique	102,9	101,7	103,0	101,6	104,5	107,8	101,4	103,5	105,2	104,6	103,1	100,5	100,3	101,6
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	108,6	109,3	109,6	112,0	108,7	107,6	106,6	104,3	104,4	107,2	103,8	104,8	107,0	107,3
Matériels, aliments et pansements	114,9	111,1	111,5	107,3	107,2	110,4	106,7	99,2	106,7	104,8	105,0	106,7	106,5	105,5
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	103,7	103,2	103,6	102,5	103,0	103,1	103,0	102,9	102,5	103,1	102,4	102,2	103,1	102,5

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableaux détaillés 2

Dépense courante de santé

Tableau 1 DCS en valeur (euros courants)

	En millions d'euros														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 554	72 949	75 396	78 342	80 322	82 463	84 570	86 687	89 079	90 790
Hôpitaux du secteur public	43 647	45 812	48 504	50 809	52 548	54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	70 126
Hôpitaux du secteur privé	12 120	12 927	13 673	14 583	15 368	16 172	16 709	17 457	18 131	18 621	19 169	19 619	19 908	20 444	20 664
2-Soins ambulatoires	65 089	69 380	73 976	77 815	80 098	82 693	86 492	89 302	91 493	93 155	96 277	98 030	99 383	102 079	103 777
Soins de ville	30 389	32 778	34 963	36 394	37 494	39 076	40 854	41 991	43 149	43 866	45 721	47 044	48 283	49 396	50 546
Transports de malades	2 070	2 254	2 430	2 648	2 825	3 079	3 212	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 591
Médicaments en ambulatoire	26 113	27 278	28 971	30 522	31 006	31 173	32 204	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 963
Autres biens médicaux en ambulatoire*	6 517	7 070	7 612	8 252	8 773	9 364	10 223	10 812	11 166	11 825	12 488	13 047	13 559	14 123	14 677
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	120 856	128 118	136 153	143 207	148 014	153 246	159 440	164 699	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 567
3-Soins de longue durée	8 787	9 363	10 063	11 026	12 143	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 186	19 658	20 070
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583
Soins aux personnes âgées en établissement	3 096	3 337	3 645	4 031	4 569	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804	8 995
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 054	9 291	9 492
4-Indemnités journalières	9 106	10 001	10 620	10 668	10 654	10 729	11 046	11 641	12 193	12 667	12 875	12 811	12 862	13 399	13 706
5-Autres dépenses en faveur des malades	38	38	173	211	251	307	381	413	433	469	538	588	628	631	619
6-Prévention	4 199	4 717	4 995	4 935	4 990	5 198	5 358	5 652	6 389	5 687	5 694	5 694	5 836	5 818	5 761
Prévention individuelle	2 380	2 488	2 684	2 854	2 880	2 975	3 099	3 218	3 335	3 294	3 320	3 325	3 513	3 533	3 550
Prévention collective	1 819	2 228	2 311	2 081	2 110	2 223	2 259	2 434	3 054	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 211
7-Dépenses en faveur du système de soins	8 011	8 752	9 036	9 222	9 477	10 354	10 500	11 258	11 279	11 392	11 678	11 879	12 215	12 118	12 206
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 515	1 704	1 737	1 754	1 865	2 069	1 705	1 918	1 987	2 114	2 218	2 408	2 574	2 394	2 489
Subventions au système de soins	1 698	1 833	1 927	2 103	2 274	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 716	3 001	3 500	3 410
Remises conventionnelles	-183	-129	-190	-349	-409	-207	-369	-271	-239	-283	-344	-308	-427	-1 106	-921
Recherche médicale et pharmaceutique	5 686	6 196	6 413	6 524	6 559	6 996	7 200	7 565	7 383	7 349	7 454	7 430	7 495	7 515	7 521
Formation	810	852	886	944	1 054	1 288	1 596	1 775	1 909	1 928	2 005	2 041	2 146	2 209	2 196
8-Coût de gestion de la santé	10 982	11 322	11 855	12 044	12 132	12 164	12 508	13 118	13 554	13 898	14 410	14 654	15 190	15 316	15 116
Dépense courante de santé (1+...+8)	161 981	172 312	182 895	191 313	197 662	204 936	213 084	221 934	230 243	234 794	241 779	246 717	251 989	258 099	262 046

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 Indices de valeur de la DCS

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,4	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,8	101,9
Hôpitaux du secteur public	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8	102,8	102,2
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	103,9	102,7	102,9	102,3	101,5	102,7	101,1
2-Soins ambulatoires	106,6	106,6	105,2	102,9	103,2	104,6	103,2	102,5	101,8	103,4	101,8	101,4	102,7	101,7
Soins de ville	107,9	106,7	104,1	103,0	104,2	104,5	102,8	102,8	101,7	104,2	102,9	102,6	102,3	102,3
Transports de malades	108,9	107,8	109,0	106,7	109,0	104,3	104,8	106,0	105,0	102,9	105,8	105,3	102,9	104,0
Médicaments en ambulatoire	104,5	106,2	105,4	101,6	100,5	103,3	102,9	101,4	100,3	101,5	99,0	98,2	102,7	99,5
Autres biens médicaux en ambulatoire*	108,5	107,7	108,4	106,3	106,7	109,2	105,8	103,3	105,9	105,6	104,5	103,9	104,2	103,9
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,0	106,3	105,2	103,4	103,5	104,0	103,3	103,1	102,1	103,0	102,2	101,9	102,7	101,8
3-Soins de longue durée	106,6	107,5	109,6	110,1	106,5	107,1	109,4	109,3	103,9	103,7	103,6	103,8	102,5	102,1
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	110,1	108,3	109,6	108,9	111,7	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8	105,1	104,6	101,7	101,3
Soins aux personnes âgées en établissement	107,8	109,2	110,6	113,3	109,8	109,0	114,3	115,5	105,6	103,9	104,5	104,0	102,4	102,2
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	105,4	106,3	108,9	108,2	103,6	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4	102,6	103,4	102,6	102,2
4-Indemnités journalières	109,8	106,2	100,4	99,9	100,7	103,0	105,4	104,7	103,9	101,6	99,5	100,4	104,2	102,3
5-Autres dépenses en faveur des malades	100,0	451,6	122,0	119,2	122,2	124,0	108,6	104,7	108,3	114,8	109,3	106,8	100,5	98,2
6-Prévention	112,3	105,9	98,8	101,1	104,2	103,1	105,5	113,0	89,0	100,1	100,0	102,5	99,7	99,0
Prévention individuelle	104,6	107,9	106,4	100,9	103,3	104,2	103,8	103,6	98,8	100,8	100,2	105,7	100,6	100,5
Prévention collective	122,5	103,7	90,1	101,4	105,4	101,6	107,7	125,5	78,4	99,2	99,8	98,1	98,4	96,8
7-Dépenses en faveur du système de soins	109,3	103,2	102,1	102,8	109,2	101,4	107,2	100,2	101,0	102,5	101,7	102,8	99,2	100,7
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	112,5	102,0	101,0	106,3	111,0	82,4	112,5	103,6	106,4	104,9	108,6	106,9	93,0	104,0
Subventions au système de soins	108,0	105,1	109,1	108,1	100,1	91,1	105,6	101,7	107,7	106,9	106,0	110,5	116,6	97,4
Remises conventionnelles	70,5	147,3	183,7	117,2	50,7	177,9	73,5	88,0	118,4	121,6	89,6	138,5	259,2	83,3
Recherche médicale et pharmaceutique	109,0	103,5	101,7	100,5	106,7	102,9	105,1	97,6	99,5	101,4	99,7	100,9	100,3	100,1
Formation	105,1	104,0	106,5	111,6	122,3	123,9	111,2	107,5	101,0	104,0	101,8	105,1	102,9	99,4
8-Coût de gestion de la santé	103,1	104,7	101,6	100,7	100,3	102,8	104,9	103,3	102,5	103,7	101,7	103,7	100,8	98,7
Dépense courante de santé (1+...+8)	106,4	106,1	104,6	103,3	103,7	104,0	104,2	103,7	102,0	103,0	102,0	102,1	102,4	101,5

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableaux détaillés 3

Dépense courante de santé par type de financeur

Tableau 1 DCS par type de financement en 2001

En millions d'euros

Postes de dépense	Financiers	Publics		Privés					TOTAL
		Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers		51 589	510	1 234	456	377	1 601		55 767
Hôpitaux du secteur public		40 846	464	901	315	260	861		43 647
Hôpitaux du secteur privé		10 743	46	333	141	117	739		12 120
2-Soins ambulatoires		41 443	1 019	7 682	2 479	2 380	10 087		65 089
Soins de ville		19 877	510	3 630	1 346	1 181	3 845		30 389
Soins de médecins et de sages-femmes (c)		9 875	251	1 441	550	459	1 387		13 964
Soins d'auxiliaires médicaux (c)		5 083	59	520	158	116	391		6 327
Soins dentaires		2 778	149	1 330	471	509	2 026		7 262
Laboratoires d'analyses		2 131	51	340	167	97	39		2 824
Autres soins et contrats		9					2		11
Transports de malades		1 974	14	49	13	12	7		2 070
Médicaments en ambulatoire		17 240	438	2 982	864	797	3 791		26 113
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)		2 351	57	1 020	256	390	2 443		6 517
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)		93 032	1 529	8 916	2 935	2 757	11 687		120 856
3-Soins de longue durée		8 787							8 787
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)		640							640
Soins aux personnes âgées en établissement		3 096							3 096
Soins aux personnes handicapées en établissement et services		5 051							5 051
4-Indemnités journalières		9 106							9 106
5-Autres dépenses en faveur des malades		38							38
6-Prévention		600	2 510					1 089	4 199
7-Dépenses en faveur du système de soins		1 515	3 508				84	2 905	8 011
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles		1 515							1 515
Subventions au système de soins		1 698							1 698
Remises conventionnelles		-183							-183
Recherche médicale et pharmaceutique			2 786					2 900	5 686
Formation			722				84	5	810
8-Coût de gestion de la santé		6 534	541	2 273	1 108	522		3	10 982
Dépense courante de santé (1+...+8)		119 613	8 088	11 189	4 043	3 279	11 771	3 997	161 981

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 DCS par type de financement en 2002

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	54 389	580	1 325	541	384	1 520		58 739
Hôpitaux du secteur public	42 863	461	967	373	265	883		45 812
Hôpitaux du secteur privé	11 526	119	358	168	119	637		12 927
2-Soins ambulatoires	44 453	990	8 188	2 682	2 758	10 309		69 380
Soins de ville	21 303	513	3 882	1 477	1 504	4 098		32 778
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	10 478	253	1 456	590	592	1 558		14 927
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	5 575	55	538	169	134	433		6 904
Soins dentaires	2 859	151	1 502	552	669	2 044		7 776
Laboratoires d'analyses	2 382	55	386	165	109	62		3 158
Autres soins et contrats	10					2		12
Transports de malades	2 151	14	52	11	7	19		2 254
Médicaments en ambulatoire	18 332	407	3 094	884	717	3 843		27 278
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	2 667	55	1 161	309	529	2 349		7 070
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	98 841	1 570	9 513	3 223	3 142	11 830		128 118
3-Soins de longue durée	9 363							9 363
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	705							705
Soins aux personnes âgées en établissement	3 337							3 337
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 322							5 322
4-Indemnités journalières	10 001							10 001
5-Autres dépenses en faveur des malades	38							38
6-Prévention	621	2 960					1 135	4 717
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 704	3 733				85	3 231	8 752
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 704							1 704
Subventions au système de soins	1 833							1 833
Remises conventionnelles	-129							-129
Recherche médicale et pharmaceutique		2 970					3 226	6 196
Formation		762				85	5	852
8-Coût de gestion de la santé	6 632	573	2 362	1 197	552		6	11 322
Dépense courante de santé (1+...+8)	127 201	8 836	11 874	4 420	3 694	11 914	4 372	172 312

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 3 DCS par type de financement en 2003

En millions d'euros

Financiers	Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	57 789	605	1 427	570	395	1 392		62 177
Hôpitaux du secteur public	45 384	483	1 042	393	272	930		48 504
Hôpitaux du secteur privé	12 405	121	385	177	122	462		13 673
2-Soins ambulatoires	47 597	1 061	8 686	2 971	2 939	10 723		73 976
Soins de ville	22 835	557	4 131	1 678	1 556	4 205		34 963
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 098	262	1 524	661	637	1 577		15 759
Soins d'auxiliaires médicaux(c)	6 052	57	559	187	131	441		7 427
Soins dentaires	3 070	175	1 637	642	672	2 121		8 316
Laboratoires d'analyses	2 608	63	413	188	116	64		3 451
Autres soins et contrats	8					1		9
Transports de malades	2 317	16	54	12	9	22		2 430
Médicaments en ambulatoire	19 486	429	3 161	898	776	4 221		28 971
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	2 959	59	1 338	383	598	2 275		7 612
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	105 386	1 665	10 113	3 541	3 333	12 115		136 153
3-Soins de longue durée	10 063							10 063
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	763							763
Soins aux personnes âgées en établissement	3 645							3 645
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 655							5 655
4-Indemnités journalières	10 620							10 620
5-Autres dépenses en faveur des malades	173							173
6-Prévention	625	3 184					1 186	4 995
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 737	3 770				86	3 443	9 036
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 737							1 737
Subventions au système de soins	1 927							1 927
Remises conventionnelles	-190							-190
Recherche médicale et pharmaceutique		2 974					3 439	6 413
Formation		796				86	4	886
8-Coût de gestion de la santé	6 940	597	2 445	1 296	568		8	11 855
Dépense courante de santé (1+...+8)	135 545	9 216	12 558	4 837	3 902	12 200	4 638	182 895

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DRES, Comptes de la santé.

Tableau 4 DCS par type de financement en 2004

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	60 753	567	1 526	645	383	1 518		65 392
Hôpitaux du secteur public	47 591	443	1 114	445	264	952		50 809
Hôpitaux du secteur privé	13 162	124	412	200	119	566		14 583
2-Soins ambulatoires	50 111	1 157	9 126	3 327	3 136	10 958		77 815
Soins de ville	23 690	616	4 359	1 795	1 654	4 279		36 394
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 391	275	1 580	710	667	1 529		16 153
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 336	71	605	226	157	523		7 918
Soins dentaires	3 165	200	1 712	654	705	2 177		8 614
Laboratoires d'analyses	2 767	71	462	205	124	47		3 675
Autres soins et contrats	31					2		34
Transports de malades	2 497	18	61	22	11	38		2 648
Médicaments en ambulatoire	20 638	458	3 253	1 062	815	4 296		30 522
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	3 286	65	1 453	447	656	2 345		8 252
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	110 864	1 724	10 652	3 972	3 519	12 476		143 207
3-Soins de longue durée	11 026							11 026
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	837							837
Soins aux personnes âgées en établissement	4 031							4 031
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 158							6 158
4-Indemnités journalières	10 668							10 668
5-Autres dépenses en faveur des malades	211							211
6-Prévention	627	3 081					1 228	4 935
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 754	3 937				88	3 443	9 222
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 754							1 754
Subventions au système de soins	2 103							2 103
Remises conventionnelles	-349							-349
Recherche médicale et pharmaceutique		3 085					3 439	6 524
Formation		852				88	4	944
8-Coût de gestion de la santé	6 927	599	2 507	1 408	582		20	12 044
Dépense courante de santé (1+...+8)	142 077	9 342	13 159	5 380	4 101	12 563	4 691	191 313

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 5 DCS par type de financement en 2005

En millions d'euros

Financiers	Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	62 865	727	1 658	724	394	1 548		67 916
Hôpitaux du secteur public	48 936	556	1 210	500	272	1 074		52 548
Hôpitaux du secteur privé	13 929	171	448	224	122	474		15 368
2-Soins ambulatoires	51 561	1 178	9 583	3 482	3 074	11 219		80 098
Soins de ville	24 121	683	4 580	1 819	1 604	4 687		37 494
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 427	288	1 669	747	634	1 784		16 550
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 625	75	650	235	159	512		8 257
Soins dentaires	3 149	253	1 757	637	685	2 280		8 762
Laboratoires d'analyses	2 785	67	504	200	125	108		3 788
Autres soins et contrats	136					2		138
Transports de malades	2 661	22	67	28	13	34		2 825
Médicaments en ambulatoire	21 225	404	3 346	1 128	795	4 110		31 006
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	3 555	70	1 590	506	663	2 389		8 773
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	114 427	1 905	11 241	4 206	3 468	12 767		148 014
3-Soins de longue durée	12 143							12 143
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	911							911
Soins aux personnes âgées en établissement	4 569							4 569
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 663							6 663
4-Indemnités journalières	10 654							10 654
5-Autres dépenses en faveur des malades	251							251
6-Prévention	681	3 057					1 252	4 990
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 865	4 001				83	3 529	9 477
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 865							1 865
Subventions au système de soins	2 274							2 274
Remises conventionnelles	-409							-409
Recherche médicale et pharmaceutique		3 034					3 524	6 559
Formation	0	966				83	4	1 054
8-Coût de gestion de la santé	6 854	620	2 576	1 473	584		25	12 132
Dépense courante de santé (1+...+8)	146 875	9 583	13 817	5 679	4 052	12 851	4 806	197 662

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 6 DCS par type de financement en 2006

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	64 930	791	1 859	830	419	1 726		70 554
Hôpitaux du secteur public	50 383	590	1 357	572	289	1 191		54 382
Hôpitaux du secteur privé	14 547	201	502	257	130	535		16 172
2-Soins ambulatoires	53 061	1 266	9 880	3 581	3 126	11 778		82 693
Soins de ville	24 987	737	4 755	1 878	1 636	5 082		39 076
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 616	309	1 744	780	659	2 003		17 111
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 081	80	690	232	161	567		8 812
Soins dentaires	3 229	276	1 799	651	693	2 405		9 054
Laboratoires d'analyses	2 849	72	522	215	123	104		3 885
Autres soins et contrats	211					2		214
Transports de malades	2 887	24	77	32	14	44		3 079
Médicaments en ambulatoire	21 378	430	3 276	1 104	758	4 228		31 173
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	3 809	75	1 773	568	717	2 423		9 364
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	117 991	2 057	11 740	4 411	3 545	13 504		153 246
3-Soins de longue durée	12 938							12 938
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissement	5 016							5 016
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 904							6 904
4-Indemnités journalières	10 729							10 729
5-Autres dépenses en faveur des malades	307							307
6-Prévention	676	3 231					1 290	5 198
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 069	4 261				81	3 942	10 354
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 069							2 069
Subventions au système de soins	2 277							2 277
Remises conventionnelles	-207							-207
Recherche médicale et pharmaceutique		3 058					3 938	6 996
Formation		1 203				81	4	1 288
8-Coût de gestion de la santé	6 759	652	2 620	1 518	589		25	12 164
Dépense courante de santé (1+...+8)	151 470	10 201	14 360	5 929	4 134	13 585	5 258	204 936

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 7 DCS par type de financement en 2007

En millions d'euros

Financiers	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
Postes de dépense								
1-Soins hospitaliers	66 973	798	2 004	929	474	1 770		72 949
Hôpitaux du secteur public	52 031	681	1 443	632	322	1 131		56 240
Hôpitaux du secteur privé	14 942	117	561	297	152	639		16 709
2-Soins ambulatoires	55 575	1 312	10 187	3 813	3 300	12 304		86 492
Soins de ville	26 136	768	4 886	1 972	1 728	5 363		40 854
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 120	321	1 793	810	678	2 090		17 811
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 624	83	691	239	174	676		9 487
Soins dentaires	3 279	289	1 838	691	736	2 482		9 315
Laboratoires d'analyses	2 893	75	564	232	141	111		4 016
Autres soins et contrats	220					4		224
Transports de malades	3 014	25	82	35	16	40		3 212
Médicaments en ambulatoire	22 219	442	3 371	1 133	765	4 273		32 204
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 206	77	1 848	673	791	2 628		10 223
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	122 548	2 111	12 191	4 743	3 774	14 073		159 440
3-Soins de longue durée	13 852							13 852
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissement	5 466							5 466
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	7 279							7 279
4-Indemnités journalières	11 046							11 046
5-Autres dépenses en faveur des malades	381							381
6-Prévention	701	3 324					1 332	5 358
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 813	4 479				77	4 132	10 500
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 705							1 705
Subventions au système de soins	2 074							2 074
Remises conventionnelles	-369							-369
Recherche médicale et pharmaceutique		3 072					4 127	7 200
Formation	108	1 407				77	4	1 596
8-Coût de gestion de la santé	6 935	684	2 650	1 607	609		24	12 508
Dépense courante de santé (1+...+8)	157 275	10 598	14 841	6 349	4 383	14 150	5 488	213 084

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.
 (b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
 (c) Y compris cures thermales.
 (d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Source > DRES, Comptes de la santé.

Tableau 8 DCS par type de financement en 2008

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	69 187	797	2 069	1 052	495	1 797		75 396
Hôpitaux du secteur public	53 577	724	1 489	716	337	1 097		57 939
Hôpitaux du secteur privé	15 610	73	579	337	158	700		17 457
2-Soins ambulatoires	56 402	1 283	10 518	4 162	3 459	13 478		89 302
Soins de ville	26 650	762	5 143	2 177	1 804	5 455		41 991
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 239	319	1 866	877	682	2 107		18 090
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	8 002	85	752	264	181	746		10 030
Soins dentaires	3 269	285	1 923	773	796	2 455		9 500
Laboratoires d'analyses	2 883	73	603	264	145	141		4 109
Autres soins et contrats	257					5		262
Transports de malades	3 133	26	90	42	17	59		3 365
Médicaments en ambulatoire	22 076	417	3 339	1 168	764	5 370		33 134
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 544	79	1 946	775	873	2 594		10 812
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	125 589	2 080	12 587	5 215	3 954	15 274		164 699
3-Soins de longue durée	15 154							15 154
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissement	6 246							6 246
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	7 697							7 697
4-Indemnités journalières	11 641							11 641
5-Autres dépenses en faveur des malades	413							413
6-Prévention	732	3 522					1 397	5 652
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 055	4 901				87	4 215	11 258
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 918							1 918
Subventions au système de soins	2 189							2 189
Remises conventionnelles	-271							-271
Recherche médicale et pharmaceutique		3 354					4 210	7 565
Formation	137	1 547				87	4	1 775
8-Coût de gestion de la santé	7 371	705	2 664	1 737	620		21	13 118
Dépense courante de santé (1+...+8)	162 956	11 209	15 251	6 952	4 573	15 361	5 632	221 934

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 9 DCS par type de financement en 2009

En millions d'euros

Financiers	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
Postes de dépense								
1-Soins hospitaliers	71 912	840	2 155	1 100	500	1 835		78 342
Hôpitaux du secteur public	55 666	765	1 562	748	340	1 130		60 211
Hôpitaux du secteur privé	16 246	75	593	352	160	705		18 131
2-Soins ambulatoires	57 649	1 296	10 763	4 421	3 607	13 757		91 493
Soins de ville	27 313	773	5 227	2 309	1 887	5 640		43 149
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 332	328	1 902	923	694	2 241		18 420
Soins d'auxiliaires médicaux(c)	8 487	85	794	278	195	758		10 597
Soins dentaires	3 278	286	1 927	840	834	2 489		9 654
Laboratoires d'analyses	2 940	74	604	269	164	145		4 195
Autres soins et contrats	275					7		282
Transports de malades	3 328	28	92	47	20	53		3 568
Médicaments en ambulatoire	22 422	413	3 429	1 223	767	5 356		33 611
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 586	82	2 014	842	933	2 708		11 166
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	129 561	2 137	12 917	5 522	4 107	15 592		169 836
3-Soins de longue durée	16 561							16 561
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissement	7 214							7 214
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 035							8 035
4-Indemnités journalières	12 193							12 193
5-Autres dépenses en faveur des malades	433							433
6-Prévention	864	4 080					1 444	6 389
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 128	4 945				93	4 112	11 279
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 987							1 987
Subventions au système de soins	2 226							2 226
Remises conventionnelles	-239							-239
Recherche médicale et pharmaceutique		3 275					4 108	7 383
Formation	141	1 670				93	5	1 909
8-Coût de gestion de la santé	7 704	733	2 662	1 812	625		18	13 554
Dépense courante de santé (1+...+8)	169 443	11 895	15 579	7 334	4 732	15 685	5 575	230 243

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DRES, Comptes de la santé.

Tableau 10 DCS par type de financement en 2010

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	73 469	884	2 343	1 253	534	1 839		80 322
Hôpitaux du secteur public	56 911	800	1 687	852	363	1 088		61 701
Hôpitaux du secteur privé	16 558	83	656	401	171	752		18 621
2-Soins ambulatoires	58 853	1 316	10 710	4 782	3 689	13 805		93 155
Soins de ville	27 792	788	5 244	2 497	1 915	5 630		43 866
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 276	321	1 862	980	685	2 099		18 223
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	8 941	88	797	309	208	770		11 112
Soins dentaires	3 307	305	1 954	917	863	2 642		9 987
Laboratoires d'analyses	2 985	75	631	291	159	114		4 255
Autres soins et contrats	283					5		288
Transports de malades	3 491	31	103	53	20	48		3 745
Médicaments en ambulatoire	22 685	413	3 265	1 294	759	5 303		33 720
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 885	84	2 098	938	995	2 824		11 825
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	132 322	2 199	13 053	6 035	4 223	15 644		173 477
3-Soins de longue durée	17 205							17 205
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissement	7 617							7 617
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 255							8 255
4-Indemnités journalières	12 667							12 667
5-Autres dépenses en faveur des malades	469							469
6-Prévention	761	3 477					1 449	5 687
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 222	5 151				91	3 928	11 392
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 114							2 114
Subventions au système de soins	2 397							2 397
Remises conventionnelles	-283							-283
Recherche médicale et pharmaceutique		3 426					3 923	7 349
Formation	107	1 725				91	5	1 928
8-Coût de gestion de la santé	7 654	761	2 873	1 912	669		28	13 898
Dépense courante de santé (1+...+8)	173 300	11 588	15 926	7 948	4 892	15 735	5 405	234 794

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 11 DCS par type de financement en 2011

En millions d'euros

Financiers		Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres		
1-Soins hospitaliers	75 185	946	2 385	1 318	615	2 015		82 463	
Hôpitaux du secteur public	58 165	858	1 729	896	424	1 222		63 294	
Hôpitaux du secteur privé	17 019	88	656	422	191	793		19 169	
2-Soins ambulatoires	60 362	1 371	10 915	5 184	3 895	14 551		96 277	
Soins de ville	28 794	823	5 480	2 717	2 024	5 884		45 721	
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 751	338	1 996	1 088	735	2 067		18 975	
Soins d'auxiliaires médicaux(c)	9 336	93	840	338	219	960		11 786	
Soins dentaires	3 360	315	2 006	982	902	2 715		10 280	
Laboratoires d'analyses	3 057	76	638	310	168	141		4 390	
Autres soins et contrats	289					0		290	
Transports de malades	3 584	34	100	57	19	58		3 852	
Médicaments en ambulatoire	22 897	423	3 065	1 324	760	5 748		34 217	
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 087	92	2 269	1 086	1 093	2 860		12 488	
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	135 547	2 317	13 299	6 502	4 509	16 566		178 741	
3-Soins de longue durée	17 843							17 843	
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 398							1 398	
Soins aux personnes âgées en établissement	7 914							7 914	
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 531							8 531	
4-Indemnités journalières	12 875							12 875	
5-Autres dépenses en faveur des malades	538							538	
6-Prévention	723	3 492					1 479	5 694	
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 340	5 196				101	4 041	11 678	
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 218							2 218	
Subventions au système de soins	2 562							2 562	
Remises conventionnelles	-344							-344	
Recherche médicale et pharmaceutique		3 419					4 035	7 454	
Formation	122	1 777				101	6	2 005	
8-Coût de gestion de la santé	7 617	808	3 046	2 137	769		34	14 410	
Dépense courante de santé (1+...+8)	177 483	11 813	16 345	8 639	5 278	16 667	5 554	241 779	

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DRES, Comptes de la santé.

Tableau 12 DCS par type de financement en 2012

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	77 073	956	2 460	1 276	663	2 141		84 570
Hôpitaux du secteur public	59 667	861	1 783	868	458	1 315		64 952
Hôpitaux du secteur privé	17 406	96	676	408	206	826		19 619
2-Soins ambulatoires	61 606	1 393	11 087	5 518	3 962	14 463		98 030
Soins de ville	29 758	845	5 581	2 875	2 041	5 945		47 044
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 843	343	2 059	1 121	705	2 015		19 086
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	9 973	100	868	366	219	1 078		12 604
Soins dentaires	3 385	326	2 057	1 077	939	2 696		10 480
Laboratoires d'analyses	3 015	76	597	312	177	155		4 332
Autres soins et contrats	542					1		543
Transports de malades	3 790	35	112	53	19	65		4 074
Médicaments en ambulatoire	22 737	415	2 946	1 320	725	5 722		33 864
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 321	98	2 448	1 270	1 178	2 731		13 047
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	138 679	2 350	13 547	6 794	4 625	16 604		182 600
3-Soins de longue durée	18 491							18 491
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 469							1 469
Soins aux personnes âgées en établissement	8 267							8 267
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 755							8 755
4-Indemnités journalières	12 811							12 811
5-Autres dépenses en faveur des malades	588							588
6-Prévention	739	3 488					1 467	5 694
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 522	5 369				106	3 883	11 879
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 408							2 408
Subventions au système de soins	2 716							2 716
Remises conventionnelles	-308							-308
Recherche médicale et pharmaceutique		3 556					3 874	7 430
Formation	113	1 813				106	9	2 041
8-Coût de gestion de la santé	7 613	846	3 209	2 157	790		39	14 654
Dépense courante de santé (1+...+8)	181 444	12 052	16 756	8 951	5 415	16 710	5 389	246 717

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 13 DCS par type de financement en 2013

En millions d'euros

Financiers	Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	78 951	1 044	2 511	1 373	698	2 111		86 687
Hôpitaux du secteur public	61 307	939	1 821	947	474	1 291		66 779
Hôpitaux du secteur privé	17 644	105	691	426	223	820		19 908
2-Soins ambulatoires	62 848	1 467	11 087	5 563	4 196	14 223		99 383
Soins de ville	30 710	889	5 654	2 897	2 151	5 984		48 283
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 088	362	2 081	1 132	740	1 968		19 371
Soins d'auxiliaires médicaux(c)	10 617	105	918	399	228	1 129		13 396
Soins dentaires	3 401	341	2 078	1 061	994	2 720		10 595
Laboratoires d'analyses	3 019	81	577	305	188	166		4 337
Autres soins et contrats	584					1		584
Transports de malades	3 984	39	113	56	18	78		4 288
Médicaments en ambulatoire	22 501	437	2 764	1 290	691	5 570		33 253
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 653	103	2 557	1 319	1 335	2 591		13 559
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	141 799	2 511	13 598	6 935	4 893	16 334		186 071
3-Soins de longue durée	19 186							19 186
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 538							1 538
Soins aux personnes âgées en établissement	8 595							8 595
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 054							9 054
4-Indemnités journalières	12 862							12 862
5-Autres dépenses en faveur des malades	628							628
6-Prévention	865	3 431					1 540	5 836
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 729	5 493				109	3 885	12 215
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 574							2 574
Subventions au système de soins	3 001							3 001
Remises conventionnelles	-427							-427
Recherche médicale et pharmaceutique		3 621					3 875	7 495
Formation	155	1 872				109	10	2 146
8-Coût de gestion de la santé	7 806	898	3 380	2 284	784		39	15 190
Dépense courante de santé (1+...+8)	185 875	12 333	16 978	9 219	5 677	16 443	5 463	251 989

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DRES, Comptes de la santé.

Tableau 14 DCS par type de financement en 2014

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
Financeurs	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	81 165	1 038	2 579	1 380	726	2 192		89 079
Hôpitaux du secteur public	63 079	931	1 870	952	494	1 310		68 635
Hôpitaux du secteur privé	18 086	107	709	428	232	882		20 444
2-Soins ambulatoires	65 366	1 563	11 012	5 693	4 206	14 239		102 079
Soins de ville	31 719	938	5 638	2 963	2 194	5 943		49 396
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 506	381	2 085	1 171	752	1 911		19 805
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 146	112	927	418	241	1 234		14 078
Soins dentaires	3 450	361	2 048	1 067	1 008	2 651		10 584
Laboratoires d'analyses	3 002	85	579	308	192	147		4 312
Autres soins et contrats	616					1		616
Transports de malades	4 103	41	113	55	17	83		4 413
Médicaments en ambulatoire	23 548	473	2 649	1 278	682	5 518		34 147
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 996	111	2 612	1 396	1 314	2 695		14 123
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	146 531	2 601	13 590	7 073	4 932	16 431		191 158
3-Soins de longue durée	19 658							19 658
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 563							1 563
Soins aux personnes âgées en établissement	8 804							8 804
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 291							9 291
4-Indemnités journalières	13 399							13 399
5-Autres dépenses en faveur des malades	631							631
6-Prévention	835	3 417					1 566	5 818
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 591	5 502				111	3 915	12 118
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 394							2 394
Subventions au système de soins	3 500							3 500
Remises conventionnelles	-1 106							-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique		3 610					3 905	7 515
Formation	196	1 892				111	10	2 209
8-Coût de gestion de la santé	7 597	945	3 444	2 440	890			15 316
Dépense courante de santé (1+...+8)	191 242	12 465	17 034	9 513	5 822	16 541	5 480	258 099

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 15 DCS par type de financement en 2015

En millions d'euros

Financiers	Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	82 849	1 077	2 645	1 367	751	2 101		90 790
Hôpitaux du secteur public	64 512	965	1 918	943	511	1 276		70 126
Hôpitaux du secteur privé	18 337	111	727	424	240	824		20 664
2-Soins ambulatoires	66 633	1 644	11 070	5 840	4 285	14 304		103 777
Soins de ville	32 702	990	5 675	3 047	2 243	5 889		50 546
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 839	402	2 026	1 201	708	2 045		20 221
Soins d'auxiliaires médicaux(c)	11 623	119	950	443	250	1 282		14 667
Soins dentaires	3 577	381	2 145	1 110	1 065	2 431		10 709
Laboratoires d'analyses	3 026	89	554	293	220	130		4 312
Autres soins et contrats	636					1		637
Transports de malades	4 273	43	106	50	18	100		4 591
Médicaments en ambulatoire	23 353	495	2 432	1 195	705	5 784		33 963
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	6 304	116	2 857	1 548	1 319	2 532		14 677
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	149 482	2 721	13 715	7 208	5 036	16 405		194 567
3-Soins de longue durée	20 070							20 070
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 583							1 583
Soins aux personnes âgées en établissement	8 995							8 995
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 492							9 492
4-Indemnités journalières	13 707							13 706
5-Autres dépenses en faveur des malades	619							619
6-Prévention	800	3 387					1 574	5 761
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 661	5 514				111	3 920	12 206
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 489							2 489
Subventions au système de soins	3 410							3 410
Remises conventionnelles	-921							-921
Recherche médicale et pharmaceutique		3 613					3 908	7 521
Formation	172	1 900				111	12	2 196
8-Coût de gestion de la santé	7 422	774	3 534	2 470	916			15 116
Dépense courante de santé (1+...+8)	194 762	12 395	17 249	9 678	5 952	16 517	5 494	262 046

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

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

Source > DRES, Comptes de la santé.

